Kvalitet och patientsäkerhetsberättelse Ryggkirurgiskt centrum Stockholm 2025

Författad av: Hélène Disinger Leg. sjuksköterska

Kvalitets-, IT- och dataskyddsansvarig

RKC

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 3

2 SAMMANFATTNING ... 4

3 GRUNDLÄGGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD ... 5

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning ... 5

3.2 Övergripande mål och strategier ... 6

3.3 Organisation och ansvar ... 7

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador ... 9

3.5 Informationssäkerhet och Dataskydd ... 10

3.6 Strålskydd ... 13

3.7 En god säkerhetskultur ... 14

3.8 Adekvat kunskap och kompetens ... 18

3.9 Patienten som medskapare ... 28

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD ... 31

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador ... 31

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer ... 37

4.3 Säker vård här och nu ... 49

4.4 Riskhantering ... 53

4.5 Stärka analys, lärande och utveckling ... 54

4.6 Avvikelser ... 56

4.7 Klagomål och synpunkter ... 63

4.8 Öka riskmedvetenhet och beredskap ... 72

5 RESULTAT OCH ANALYS ... 74

5.1 Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys ... 74

5.1.1 Medicinska resultat ... 91

5.2 Internrevision ... 99

5.3 Externrevision ... 100

6 MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR ... 101

1 Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen bygger på lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall där lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla samt säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar. Den bör också tillgodose informationsbehovet hos externa intressenter.

Berättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, vara tillgänglig för alla intresserade och utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

RKC (Ryggkirurgiskt centrum) skriver även en kvalitetsrapport i samband med detta. RKC är en ortopedisk verksamhet inom vårdval Ryggkirurgi. Vi specialiserar oss främst på elektiv ryggkirurgi i hals- och ländrygg. Totalt har vi 75 heltidsanställda**.** Vår mottagning tar emot >15 000 besök per år till både fysioterapeuter och kirurger som i samråd bedömer patientens vårdbehov. RKC har även en rehabiliteringsenhet för postoperativ uppföljning och träning. Fysioterapeuterna som arbetar med rehabilitering har alla lång erfarenhet och kompetens inom ryggrehabilitering och smärta. Mottagningen är navet i vår verksamhet där det största patientflödet passerar igenom. RKC öppnade sin verksamhet i Lill-Janshuset vid Sophiahemmet i mars 2017 och har opererat över 12 000 patienter och är nu en av de största ryggkirurgiska klinikerna i Norden. Under 2024 öppnade RKC en till verksamhet med två operationssalar och mottagningsverksamhet.

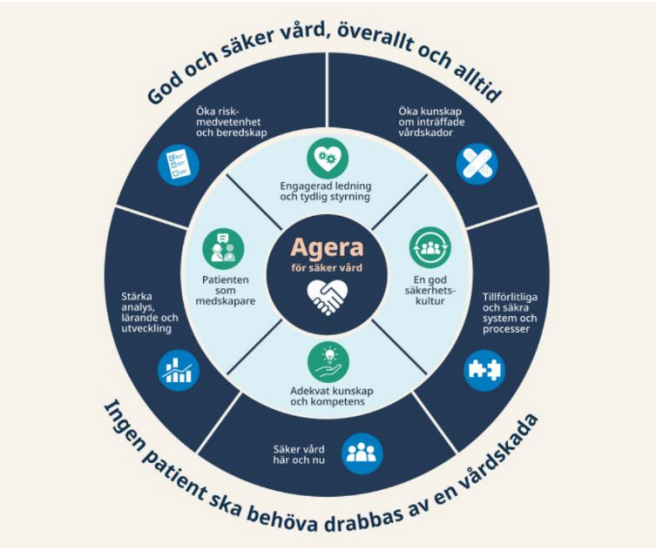


*Bild**: Visionen och det övergripande målet med dess fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden.***

Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 ”Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet. Handlingsplanen är uppdaterad 2025-04-29 med bilaga Dnr: 3.5–20871/2025.

2 SAMMANFATTNING

Under verksamhetsåret har RKC genomfört ett omfattande och systematiskt utvecklingsarbete med fokus på att stärka kvalitet, patientsäkerhet och beredskap i en verksamhet med fortsatt hög efterfrågan. Arbetet har präglats av analys, lärande och ett tydligt ansvarstagande för att möta ökade volymer och nya krav på vårdens innehåll och säkerhet.

Under året har verksamheten hanterat ett mycket högt patientflöde med över 15 000 mottagningsbesök och fler än 2 100 genomförda operationer. Av dessa utgjordes cirka 200 ingrepp av endoskopisk ryggkirurgi, vilket motsvarar omkring 10 % av det totala antalet operationer under 2025. Parallellt med volymökningen har vårdprocesser vidareutvecklats och följts upp för att säkerställa strukturerade flöden, god kontinuitet och bibehållen patientsäkerhet. Verksamheten bedrivs idag med ca 75 medarbetare.

Ett aktivt förbättringsarbete har bedrivits genom systematisk journalgranskning, uppföljning av vårdrelaterade infektioner och postoperativa komplikationer samt ett strukturerat avvikelsearbete. Identifierade riskområden har analyserats och lett till reviderade rutiner, förbättrad läkemedelshantering, utvecklad patientinformation och stärkt kommunikation inom verksamheten.

Det förlängda postoperativa omhändertagandet har vidareutvecklats och utgör en central del i arbetet med tidig upptäckt av komplikationer och säker uppföljning efter utskrivning. Uppföljning via postoperativ sjuksköterskemottagning och digitala stöd har använts som underlag för analys och lärande, vilket har bidragit till förbättrade arbetssätt och ökad följsamhet till vårdprocesser.

Under året har riskmedvetenhet och beredskap stärkts genom riktade kompetensutvecklingsinsatser, bland annat utbildning i hjärt-lungräddning för samtliga medarbetare samt gemensamma klinikdagar med fokus på patientsäkerhet, teamarbete och gemensam värdegrund. Detta har bidragit till ökad samsyn, förbättrad kommunikation och en stärkt säkerhetskultur.

RKC har även bedrivit forskning och kliniskt utvecklingsarbete i samverkan med flera universitetssjukhus samt fortsatt sitt utbildningsuppdrag för framtida ryggkirurger. Under året har verksamheten utökat sina behandlingsmetoder inom endoskopisk ryggkirurgi och ultraljudsledda nervrotsblockader. Införandet av nya tekniker har skett strukturerat med riskanalyser, uppföljning och kompetenssäkring.

Under året har ett ökat fokus lagts på informations- och cybersäkerhetsfrågor som en del av förberedelserna inför kommande regelverk, inklusive NIS 2. Arbetet har omfattat översyn av rutiner, stärkt teknisk säkerhet, ökad medvetenhet i organisationen samt integrering av informationssäkerhet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Genom ett tvärprofessionellt, strukturerat och långsiktigt förbättringsarbete har RKC under året stärkt sin förmåga att erbjuda en säker, effektiv och patientcentrerad vård samt lagt en stabil grund för fortsatt utveckling.

3 GRUNDLÄGGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningens Roll för Patientsäkerheten på RKC

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för att säkerställa hög patientsäkerhet. På RKC möjliggör den kontinuerliga interaktionen mellan ledning och personal – från verksamhetschef till ledare i den patientnära verksamheten – en smidig informationsöverföring och stärker därmed patientsäkerheten.

Målet är att beslut ska vara tydliga och välkommunicerade för att säkerställa att både medarbetare och ledning arbetar mot samma mål. RKC har en väldefinierad organisation för patientsäkerhet som planerar, stödjer och följer upp det systematiska arbetet för att stärka säkerheten. En hög prioritet ges åt patientsäkerheten för att öka medvetenheten hos medarbetarna. Kunskap om säkerhet är närvarande på alla nivåer genom att tvärprofessionella grupper prioriteras.

RKC genomför regelbundna medarbetaruppföljningar för att skapa underlag för en kontinuerlig dialog på enheterna. Under 2022 ersattes den tidigare medarbetarenkäten med SKR (Sveriges kommuner och regioner) enkät, som omfattar både HME (Hållbart MedarbetarEngagemang) och HSE (Hållbart SäkerhetsEngagemang). HSE innehåller 11 frågor som rör patientsäkerhet, medan HME inkluderar 9 centrala frågeställningar som fokuserar på både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Resultaten från HSE ger RKC en viktig temperaturmätning av medarbetarnas upplevelse av säkerheten på arbetsplatsen och används som grund för närvarande dialog om resultaten.

Enkäten syftar till att samla in medarbetarnas upplevelser och ge en övergripande bild av arbetsplatsens arbetsmiljö och säkerhet. Den ger också varje enhet möjlighet att utvecklas inom arbetsgruppen och skapar tydlighet kring hur ledarskapet upplevs. Resultaten används för att formulera förbättringsåtgärder där det behövs och dessa följs noggrant upp.

Under året har ledningen aktivt arbetat med att adressera förbättringsområden som framkommit under klinikdagarna. Denna inriktning kommer att fortsätta vara en prioritet även under det kommande året.

Verksamhetschef och enhetschefer har deltagit i ledarskapsevent under 2025, vilket stärker deras förmåga att leda och utveckla verksamheten.

En styrka som ledningen på RKC besitter är att de är delaktiga i det kliniska arbetet och får på så sätt direkt erfarenheter och insikter, vilket gör att de tillsammans med medarbetarna kan utveckla verksamheten. Återkommande personalmöten möjliggör att arbetsbelastning och arbetsmiljörisker kan identifieras tidigt och hanteras på ett effektivt sätt.

3.2 Övergripande mål och strategier

Ryggkirurgiskt centrums mål och värdegrund

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

RKC:s verksamhetsplanering grundar sig på vårdavtal med Region Stockholm och bygger på en värdegrund som främjar medarbetarnas aktiva deltagande i utvecklingsarbetet. Vårt mål är att erbjuda högkvalitativ, patientsäker och effektiv sjukvård genom kontinuerliga förbättringar och patienternas delaktighet. Fokus ligger på att kombinera hög vårdkvalitet, patientsäkerhet, effektiva flöden, hög tillgänglighet och kostnadseffektivitet.

Övergripande mål för RKC inkluderar:

- **Proaktivt förbättringsarbete:** Arbeta värdegrundsbaserat med riskbedömning och processanalys för att identifiera och lösa problem innan de uppstår.
- **Patientens delaktighet:** Prioritera patientens upplevelse och kontinuerligt ta emot förbättringsförslag för att anpassa vården.
- **Förebyggande åtgärder:** Minska antalet vårdskador genom systematiskt förebyggande arbete och årlig mätning av säkerhetsengagemanget.
- **Vårdgaranti:** Säkerställa att alla patienter bedöms och opereras inom vårdgarantin och följa upp genom CVR.
- **Miljöansvar:** Förebygga miljöpåverkan genom att identifiera negativa miljöaspekter, sätta upp tydliga miljömål och följa upp miljöavvikelser.
- **Utbildning och erkännande:** Stimulera personalens engagemang genom intern- och externutbildning samt årligt erkännande av deras bidrag till säker vård genom ett patientsäkerhetspris.
- **Nollvision för vårdskador:** Etablera konkreta mål för att eliminera vårdskador, främja en kultur av "no shame – no blame", och uppmuntra rapportering av avvikelser.

RKC:s ledningssystem, som uppfyller krav enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen, är tillgängligt på vår externa hemsida och intranät. Verksamheten är kvalitets- och miljöcertifierad sedan 2018, enligt ISO 9001:2015 och ISO 14001:2015, vilket bekräftar vårt engagemang för systematiskt kvalitetsarbete och hållbar verksamhet.

3.3 Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

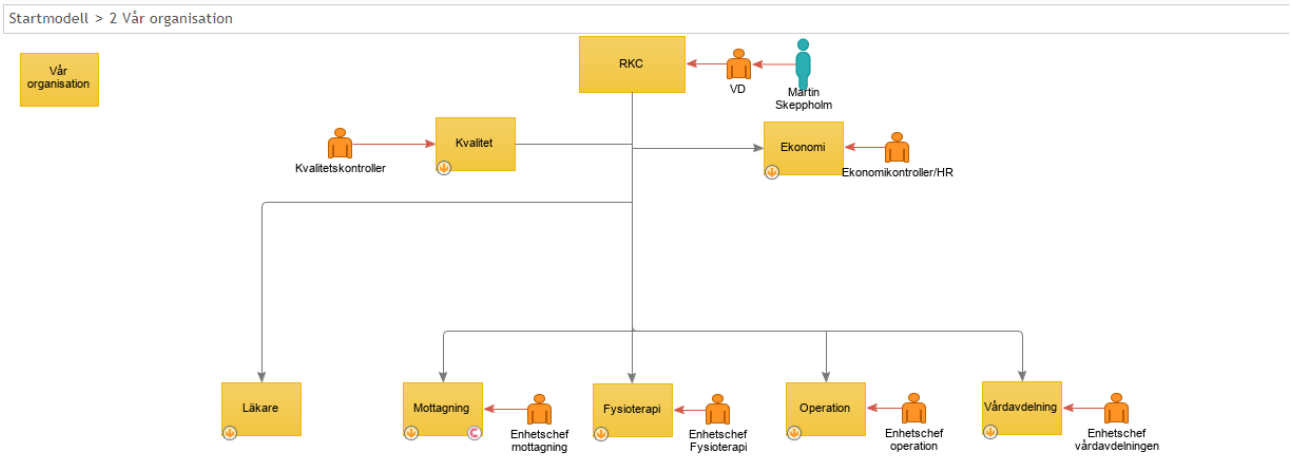


Bild: ***Vår organisation.***

Vår organisation

RKC:s ledning, som består av VD/verksamhetschef, MLA (medicinsk ledningsansvarig), enhetschefer samt Kvalitetsansvarig, ekonomi-, HR- och dataskyddsgrupper, har det övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningen fastställer och följer upp mål inom dessa områden. Verksamhetschefen/VD ansvarar för hela verksamheten och säkerställer att patientsäkerhetsarbetet genomförs effektivt. Denne är också ansvarig för att följa upp medicinska avvikelser, riskanalyser och händelseanalyser samt för att vidta åtgärder vid behov. Verksamhetschefen representerar RKC gentemot Inspektionen för vård och omsorg (IVO) när det gäller patientsäkerhet.

Kvalitetsansvarig och medicinsk ledning

Kvalitetsansvarig ansvarar för ledningssystemet och det övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att utföra kontroller och följa upp mål och rutiner. Kvalitetsansvarig har en rådgivande och stödjande roll och rapporterar resultat samt föreslår åtgärder för förbättring. Vid behov av medicinsk kompetens uppdras medicinska ledningsuppgifter till MLA av verksamhetschefen. MLA har det övergripande medicinska ansvaret inom sin verksamhet.

Enhetschefernas ansvar och medarbetarnas roll

Enhetscheferna har ett gemensamt ansvar för patientsäkerheten genom kontinuerlig dialog med medarbetarna för att skapa engagemang och inspiration. Varje medarbetare har ett eget ansvar för patientsäkerhet och deltar aktivt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att bidra till riktlinjer, rutiner och följa dessa. Medarbetarna är även delaktiga i risk- och avvikelsehantering samt uppföljning av mål och resultat.

Enhetscheferna ansvarar för att integrera förbättringsarbetet i det dagliga arbetet och skapa forum för tvärfunktionella diskussioner där problem identifieras och utvecklingsförslag bearbetas. Stöd för

detta arbete ges från Kvalitetsansvarig, smärtgruppen, avvikelsegruppen, arbetsmiljögruppen, IT-gruppen, HR-ekonomi och dataskyddsgruppen.

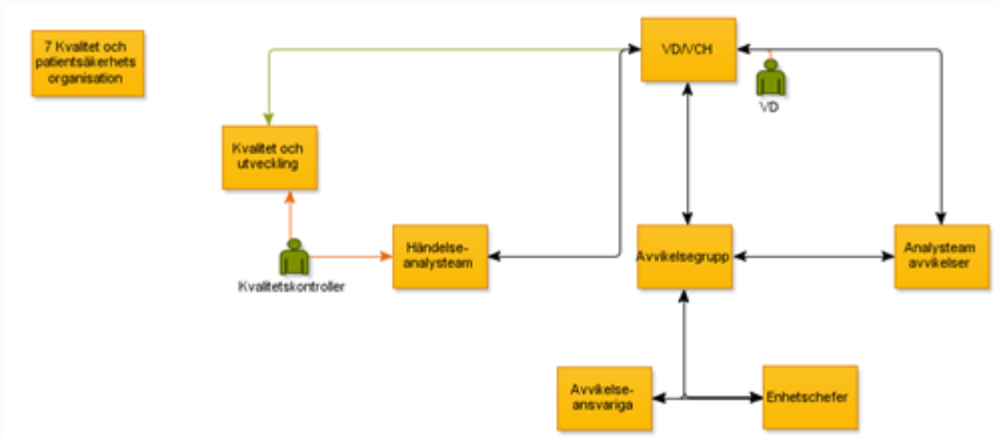


Bild: ***Kvalitet- och patientsäkerhetsorganisation på RKC***

Stödfunktioner på RKC:

Gaskommitté:

- Syfte: Säkerställa gasförsörjningen till de 26 operationssalarna inom Sophiahemmets verksamhetsområde.
- Mötet: Två gånger per år, med kontinuerligt arbete inom respektive kompetensområde mellan mötena.

Chefläkare:

- Samverkan: RKC är vårdgivare på Sophiahemmets sjukhus AB och en chefsläkare från Sophiahemmet är tillgänglig.
- Informering: Delges information vid allvarliga tillbud, vårdskador eller lex Maria-anmälningar.

Vårdhygien:

- Kompetens: Högt kunnande inom vårdhygien hos Kvalitetsansvarig, personal och ledning.
- Avtal: Inga direkta avtal med vårdhygien men konsulteras eller kontaktar vårdhygien och STRAMA vid behov.

Infektionskonsult:

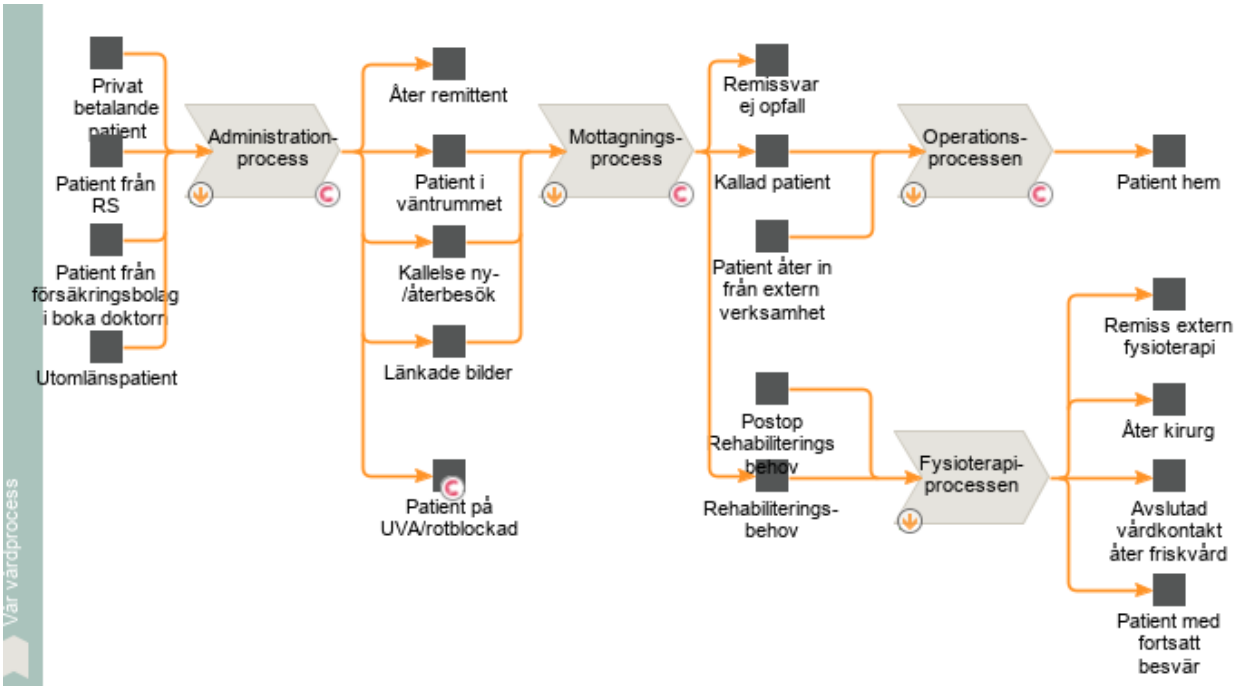
- Samarbete: Samarbetar med infektionskonsult vid inlagda patienter med postoperativa infektioner (VRI).
- Expertis: Konsulteras vid behov för expertutlåtanden inom området.

Patientnämnden (PaN) och LÖF (Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag):

- Rapporter: Månadsrapporter från patientnämnden skickas till Kvalitetsansvarig.
- Ärenden: Bearbetas successivt av verksamheten och en årsvis aggregerad skadestatistik delges
- Analyser: En årssammanställning och analys delges medarbetarna.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3



Extern samverkan

RKC bedriver elektiv kirurgi och mottagningsverksamhet med kort vårdtid och i de flesta fall krävs ingen samordnad vårdkedja med andra aktörer. Som privat vårdgivare med vårdavtal upprätthåller vi en kontinuerlig dialog med regionen, akutsjukhus och andra vårdenheter, såsom rehabilitering och primärvård. I samarbete med Region Stockholm följer vi regionala överenskommelser för hantering av dessa processer. Externa vårdaktörer för samarbeten inkluderar även vårdgivare på Sophiahemmet, smärtkliniker och specialistmottagningar. RKC är aktivt engagerat i olika nätverksgrupper, såsom vårdgivarnätverk, nätverk för journalgranskning och händelseanalys. Vi deltar också i olika patientsäkerhets- och smärtkonferenser samt nationella och internationella ryggkongresser.

Intern samverkan

Patienternas diagnos, personliga behov och livssituation formar innehållet i vårt omhändertagande, hur vi organiserar vårdarbetet. Insatserna börjar redan vid inskrivningen, där våra inskrivningssjuksköterskor spelar en central roll. Dessa sjuksköterskor ansvarar för att samla in och säkerställa all viktig information inför kirurgi. För att förbättra och effektivisera denna process har vi implementerat en digital hälsodeklaration. Den digitala hälsodeklarationen möjliggör en mer strukturerad och detaljerad insamling av patientinformation, vilket i sin tur minskar risken för

informationsbrister och främjar en säkrare vårdmiljö. Operationsgenomgångar sker veckovis där planering, vårdtyngd, risker och operationstider gås igenom för att optimera flödet för patienter och personal. Då patienter förflyttas mellan enheterna internt sker kommunikation och informationsöverföring på ett strukturerat sätt från avrapporterande enhet för att ytterligare minska risken för informationsbrister.

Vi ger patienten möjlighet att vara sin egen barriär mot vårdskador genom att vi kommunicerar både muntligt och skriftligt. Genom digitala verktyg som FRISQ patientweb får verksamheten kontinuerligt information från patienten. Patienten uppmanas att själv kontakta verksamheten om det finns risker som bakomliggande sjukdomar eller förändrat status. Framför allt gäller det avvikande provsvar eller nytillkomna tillstånd där vi behöver utvärdera risker inför sövning och kirurgi. En ytterligare säkerhetsåtgärd är de varningssystem vi byggt upp när patienten svarar på tidsangivna formulär i systemet. Dessa triggers gör att vi lätt kan urskilja vilka patienter vi behöver kontakta själva. Detta gäller både inför och efter kirurgi.

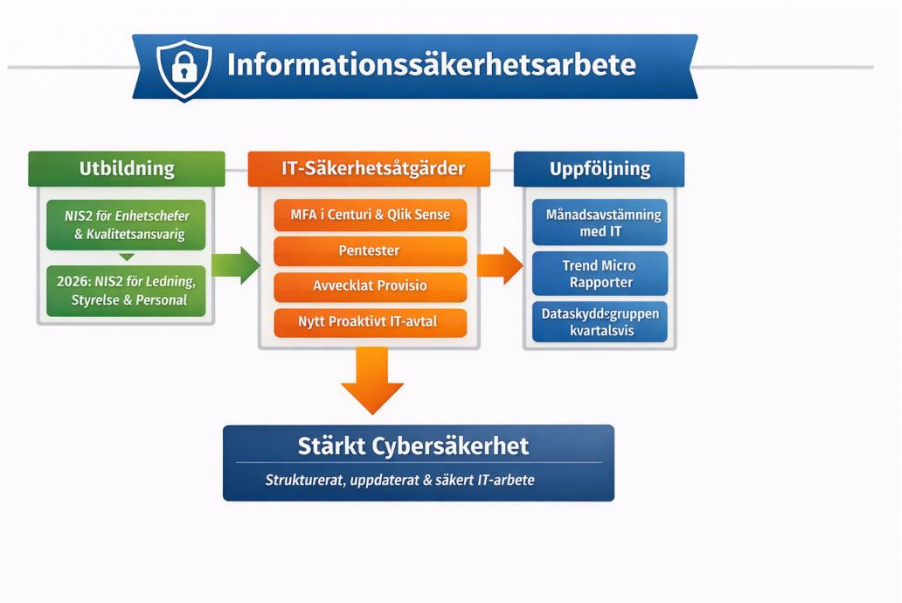
3.5 Informationssäkerhet och Dataskydd

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§ GDPR

Nödvändiga processer och rutiner krävs för att säkerställa kraven på informationssäkerhet, vilket även framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Informationssäkerhet

Verksamheten bedriver ett aktivt och systematiskt informationssäkerhetsarbete med fokus på att stärka cybersäkerheten och minska risken för IT-relaterade incidenter. Enhetschefer och Kvalitetsansvarig har genomgått utbildning i NIS2 för att öka kunskapen om regelverk, hotbild och ansvar inom informations- och cybersäkerhet.



IT-säkerheten har stärkts genom flera tekniska och organisatoriska åtgärder. Multifaktorautentisering (MFA) har införts i känsliga system såsom Centuri och Qlik Sense. Regelbundna penetrationstester har implementerats för att identifiera och åtgärda sårbarheter i IT-miljön. Ett ej längre supporterat system, Provisio, har avvecklats för att eliminera säkerhetsrisker kopplade till föråldrad programvara. Vidare har ett nytt IT-avtal tecknats med en mer proaktiv supportleverantör, vilket innebär kontinuerligt och förbättrat underhåll av klienter och servrar samt snabbare hantering av incidenter.

Som en del av den löpande uppföljningen genomförs **månadsvisa avstämningar med IT-leverantören**. Därutöver erhålls **månadsrapporter från Trend Micro**, vilka ger en samlad analys av organisationens aktuella säkerhetsnivå och utveckling över tid. Rapporterna används som underlag för uppföljning och förbättring, särskilt i relation till att personalen kontinuerligt får utbildning i informations- och IT-säkerhet.

IT-leverantören är certifierad enligt **ISO 27001 (informationssäkerhet)**, **ISO 9001 (kvalitetsledning)** och **ISO 14001 (miljöledning)**, vilket ytterligare säkerställer strukturerade arbetssätt, hög kvalitet och efterlevnad av gällande krav.

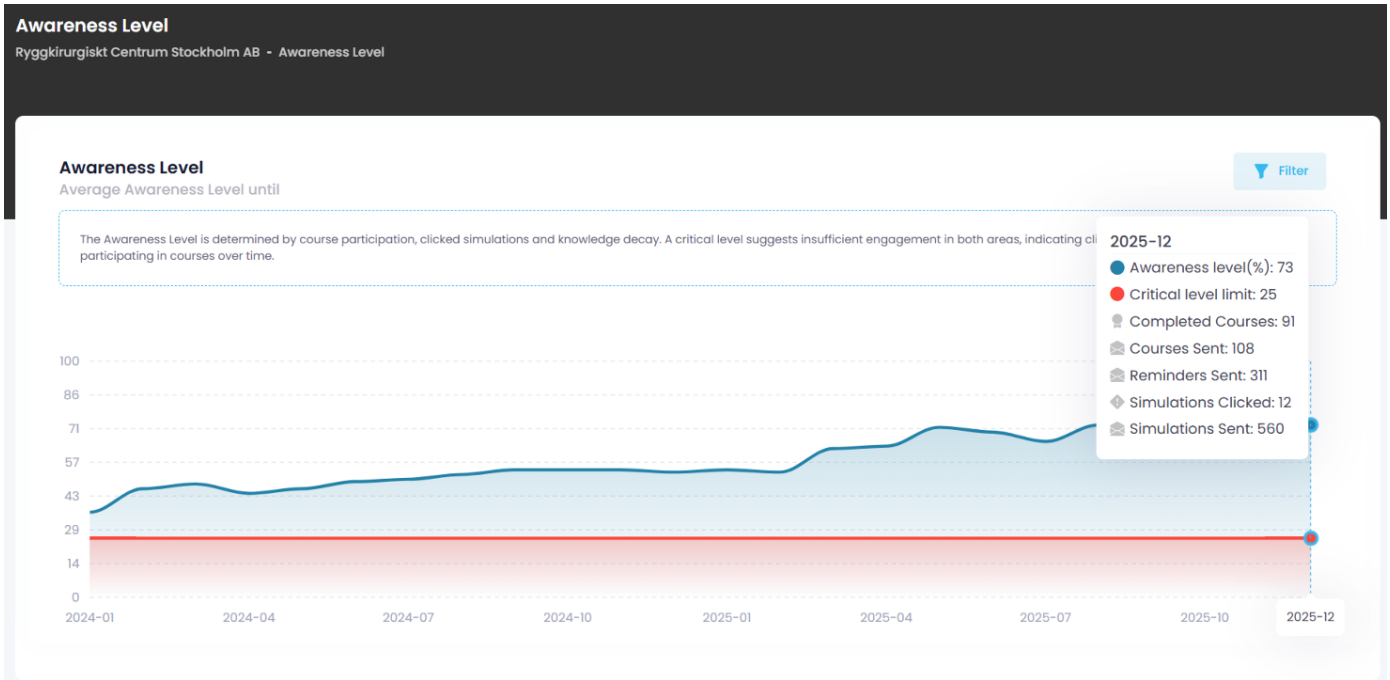


Bild: ***Personalens säkerhetsmedvetenhet (awareness level) har ökat från 30 % till 73 % efter genomförda utbildningar i Nimblr.2024–2025.***

Planerade åtgärder 2026

Under 2026 planeras NIS2-utbildning för ledning, styrelse samt medarbetare. Syftet är att stärka den gemensamma säkerhetskulturen, tydliggöra ansvar och ytterligare höja organisationens motståndskraft mot cyberhot. Digital utbildning i cybersäkerhet, NIS2, DORA, dataethics och DLP kommer kontinuerligt att erbjudas medarbetare och kommer kunna följas upp med månadsrapporter för att utvärdera mognadsgraden. En riskmatris och riskanalys av våra informationssäkerhetstillgångar är under uppbyggnad där även informationssäkerhetsrisker definieras.

Dataskydd

Sammanfattning av 2025

Sammantaget visar årets granskning att organisationen har en god grund för sitt dataskyddsarbete och en tydlig ambition att hantera personuppgifter på ett rättssäkert och ansvarsfullt sätt. Flera centrala områden uppvisar en god mognadsgrad. Samtidigt identifieras ett antal utvecklingsområden där ytterligare struktur och samsyn kan stärka efterlevnaden och minska riskerna över tid.

Dataskyddsombudet bedömer att det fortsatta arbetet bör utgå från ett riskbaserat arbetssätt, med fokus på de områden som innebär störst potentiell påverkan på de registrerades rättigheter och friheter. Särskilt viktigt är att säkerställa att riskanalyser, såsom konsekvensbedömningar och informationsklassningar, initieras i rätt tid och integreras i verksamhetens ordinarie processer, exempelvis vid upphandling, införande av nya IT-system samt vid förändrade arbetssätt.

Vidare rekommenderas att arbetet med dataskydd och informationssäkerhet fortsätter att förankras brett i organisationen. En jämnare kunskapsnivå och gemensam förståelse för dataskyddets roll som stöd för verksamheten minskar risken för att regelverket uppfattas som ett hinder och stärker förutsättningarna för ett effektivt och hållbart arbetssätt.

Slutligen är det angeläget att ledningen löpande hålls informerad om identifierade risker, prioriteringar och planerade granskningsinsatser. Detta skapar förutsättningar för välgrundade beslut, tydlig ansvarsfördelning och ett strukturerat samt proportionerligt dataskyddsarbete över tid.

Planerade granskningar under kommande verksamhetsår

Relevanta granskningsområden

Intern kommunikation och utbildning

Tredjelandsöverföringar genom granskning av underleverantörer i personuppgiftsbiträdesavtal

Syfte

Det granskande arbetet är en av dataskyddsombudets viktigaste uppgifter. Med hänsyn till begränsade resurser behöver granskningsplanen utformas med eftertanke. Granskningsområdena har därför valts utifrån ett riskbaserat synsätt, där fokus ligger på områden där relevanta risker identifierats i riskanalys och övriga rapporteringspunkter i årsrapporten. Detta skapar en tydlig kontinuitet i dataskyddsarbetet mellan verksamhetsåren och bidrar till att identifierade risker reduceras till en acceptabel nivå.

Granskning 1 – Intern kommunikation och utbildning

För ett gott dataskydd är det avgörande att det finns tillräcklig kunskap och medvetenhet inom organisationen om hur personuppgifter ska hanteras. Alla som hanterar personuppgifter samt de som beslutar om behandlingen, ska ha adekvat och aktuell utbildning. Utöver grundläggande kunskaper kan vissa roller behöva mer riktade utbildningsinsatser.

Granskningen omfattar:

Rutiner för grundläggande utbildning och introduktion av nyanställda

Genomförda gemensamma utbildningsinsatser samt tillgänglig statistik

Innehåll i grundutbildningen och dess aktualitet

Granskning 2 – Tredjelandsöverföringar

Granskning av tredjelandsöverföringar genom kontroll av underleverantörer i personuppgiftsbiträdesavtal har valts med hänsyn till de särskilda risker som sådan behandling kan medföra, särskilt avseende patientuppgifter. Överföringar till tredje land innebär ofta komplexa leverantörskedjor och begränsat faktisk inflytande över behandlingen.

Granskningen syftar till att säkerställa att överföringar sker i enlighet med GDPR kapitel V, att korrekta överföringsmekanismer används samt att lämpliga skyddsåtgärder och riskbedömningar finns på plats. Arbetet bidrar till att identifiera och reducera en av verksamhetens mest betydande dataskyddsrisker och ligger i linje med ett riskbaserat och ändamålsenligt granskningsarbete.

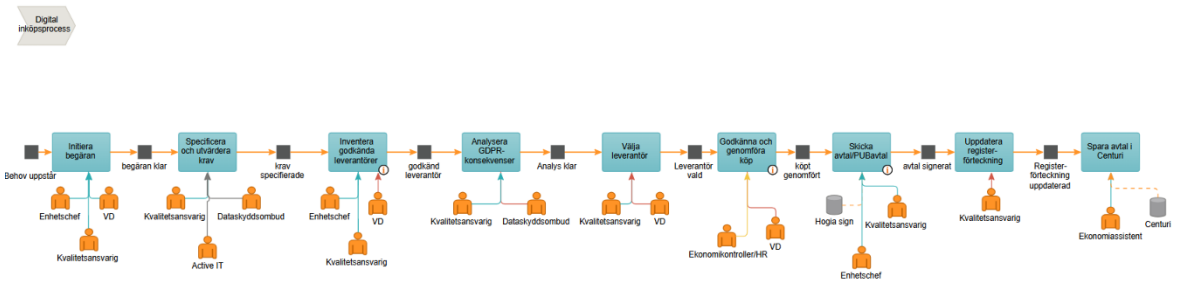


Bild: ***Digital inköpsprocess.***

3.6 Strålskydd

I enlighet med Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas årligen som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Bokslutet ska följa patientsäkerhetslagen, det vill säga följande ska tas upp i bokslutet:

Sammanfattning – Strålsäkerhet 2025

Under 2025 har Ryggkirurgiskt Centrum bedrivit ett strukturerat och systematiskt strålsäkerhetsarbete. Årligt strålsäkerhetsmöte genomfördes i april och fungerade som grund för egenkontroll, intern revision och strålskyddsbokslut. Ledningssystemet för strålsäkerhet reviderades, godkändes och infördes i Centuri för kvittens av personal.

Under året infördes en ny metod med endoskopi i kombination med genomlysning och datainsamlingen har utvecklats för bättre uppföljning och optimering av stråldoser. Lokaler i hus G har strålskärmsverifierats och rapporterats till SSM. Programuppdatering av O-armen genomfördes i juli 2025 i syfte att minska stråldoser och årlig funktionskontroll av röntgenutrustning har utförts.

Avvikelsehanteringen har stärkts genom införande av särskild markering för strålningsrelaterade händelser. Kategoriindelning av personal har bekräftats och tidigare genomförd dosimetri (2024) har legat till grund för bedömning under 2025. Sammantaget visar arbetet att verksamheten uppfyller gällande krav och arbetar kontinuerligt med förbättringar inom strålsäkerhet. Separat strålskyddsbokslut presenteras i bilaga till verksamheten.

3.7 En god säkerhetskultur

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Alla enheter har fokus på att öka antalet avvikelserapporter genom att arbeta för och stimulera ett öppet klimat där man både vågar och anser det viktigt att prata om risker och negativa händelser. Avvikelseansvariga informerar på APT om rapporterade avvikelser och de lärdomar man dragit utifrån de analyser som genomförts. Tid avsätts på APT för att tillsammans reflektera över lärdomarna. Avvikelserapportering är grunden för vårt systematiska arbete. Inför planeringsdagar återrapporteras alla händelser, avvikelser och anmälningar för att sprida kunskap i syftet att främja lärande organisation och genomföra förändringar.

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Vid patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes hösten 2025 får vi ett HSE-index, såväl på enhetsnivå samt aggregerat på verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå går vi tillsammans igenom resultatet av mätningen och identifierar de områden/frågor som man bedömer mest viktiga att jobba vidare med. Målet är att förbättra sin patientsäkerhetskultur. Engagemanget för patientsäkerhetsarbetet är mycket bra hos våra medarbetare och det märks exempelvis i att vi har en svarsfrekvens på 98% i HSE- mätningarna. Vi hoppas och tror att vi därigenom ska kunna identifiera både framgångsfaktorer och riskfaktorer så att vi framöver kan arbeta än mer proaktivt med patientsäkerhetskulturen. Resultaten är en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten.

Svarsfrekvens-HSE	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	76	71	98%
Vårdavdelning	19	18	95%
Operation	19	19	100%
Mottagningen	16	16	100%
Enhetschef/läkare	22	18	82%

Tabell: ***Svarsfrekvens -HSE 2025, 98% vilket ger ett tillförlitligt underlag.***

Det enklaste sättet att bedöma om ett resultat på en fråga är bra eller mindre bra är att följa stoppljuset nedan. Generellt bör gula värden under 50 åtgärdas direkt. Värden mellan 50 och 69 innebär att utvecklingspotential finns och att de kan förbättras men är inte lika akuta som de gula. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras. Enhetschef /medarbetare har ”tolkningsföreträde” om vad som är ett bra resultat inom sin egen enhet

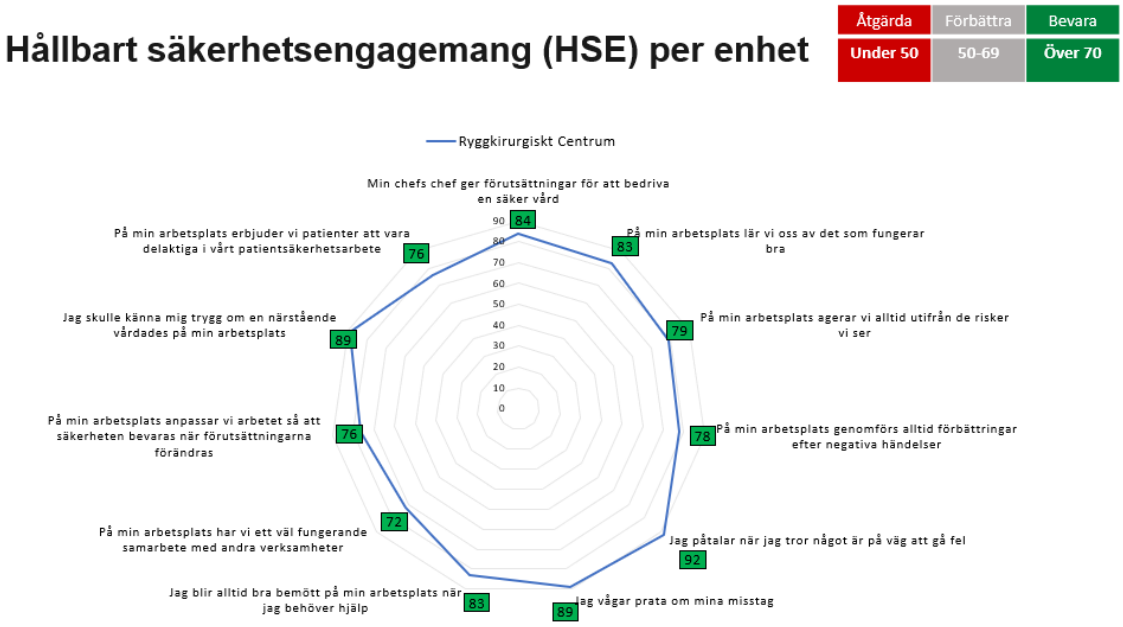


Bild: ***Resultat. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) 2025 m=82.***

Analys: Alla värdena var>70. Frågor med värden över 70 är gröna, fungerar bra och ska bevaras.

Resultatet visar genomgående höga värden inom samtliga delområden, vilket indikerar en väl förankrad och hållbar säkerhetskultur. Särskilt starka resultat ses inom psykologisk trygghet, rapporteringsbenägenhet samt förmåga att identifiera och agera på risker. Resultatet bekräftar att verksamheten präglas av ett öppet klimat där medarbetare vågar lyfta avvikelser och bidra till lärande. Områden som rör samverkan och anpassning vid förändring följs fortsatt upp inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetspris 2025

För att stimulera personalen till att förbättra verksamheten både för medarbetare, patienter och närstående delar RKC ut ett patientsäkerhetspris från och med 2021. Priset syftar till att öka samverkan mellan enheterna och lyfta goda exempel som ökar patientsäkerheten. Patientsäkerhetspriset kan nomineras av kollega eller representanter i förbättringsgruppen. Nominering lämnas till förbättringsgruppen med skriftlig motivering.

Priset för insatser 2025

Juryns motivering – Patientsäkerhetspris 2025

Årets patientsäkerhetspris tilldelas **Karl Jederström och Tobias Croner** för deras engagerade och värdeskapande arbete med att ta fram ett informationskompendium om postoperativ smärta efter ryggkirurgi för vårdavdelningens personal.

*Bild: **Årets pristagare 2025**. **Karl Jederström, Leg Sjuksköterska på vårdavdelningen och Tobias Croner, Leg Fysioterapeut på mottagningen.***

Genom ett strukturerat och pedagogiskt material har Karl och Tobias stärkt personalens kunskap, samsyn och trygghet i omhändertagandet av ryggopererade patienter. Informationskompendiet fungerar både som utbildningsstöd och som ett praktiskt verktyg i det dagliga arbetet och bidrar till en mer enhetlig och säker hantering av postoperativ smärta.

Arbetet har minskat risken för missförstånd och felbedömningar, samtidigt som det skapat bättre förutsättningar för jämlik vård, ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö. Genom sitt initiativ har de även stärkt kommunikationen i vårdteamet och bidragit till ökad trygghet och delaktighet för både patienter och medarbetare.

Insatsen är ett tydligt exempel på förebyggande och systematiskt patientsäkerhetsarbete, väl förankrat i verksamheten och fullt möjligt att implementera och vidareutveckla. Karl Jederström och Tobias Croner är därmed mycket värdiga mottagare av RKC:s patientsäkerhetspris 2025.

RYGG KIRURGISKT CENTRUM

Patientsäkerhetspriset 2025

Tilldelas

Karl Jederström

Leg. sjuksköterska

Motivering:

RKC:s patientsäkerhetspris 2025 tilldelas **Kalle Jederström och Tobias Croner** för ett värdeskapande och systematiskt arbete med att ta fram ett informationskompendium om postoperativ smärta efter ryggkirurgi.

Genom att stärka personalens kunskap och samsyn i smärtbedömning och omhändertagande har de bidragit till ökad patientsäkerhet, jämlik vård och trygghet för både patienter och medarbetare. Arbetet är ett tydligt exempel på förebyggande patientsäkerhetsarbete som är väl förankrat i verksamheten och möjligt att implementera i det dagliga vårdarbetet.

Juryns bedömningskriterier

- Bidraget ska förbättra för patient, närstående och medarbetare
- Arbetet ska ske ur ett värdeskapande och normkritiskt perspektiv
- Arbetssättet ska kunna implementeras i verksamheten

Juryn består av:

Martin Skeppholm Verksamhetschef

Helene Disinger Kvalitetsansvarig

RYGG KIRURGISKT CENTRUM

RYGG KIRURGISKT CENTRUM

Patientsäkerhetspriset 2025

Tilldelas

Tobias Croner

Leg. fysioterapeut

Motivering:

RKC:s patientsäkerhetspris 2025 tilldelas **Kalle Jederström och Tobias Croner** för ett värdeskapande och systematiskt arbete med att ta fram ett informationskompendium om postoperativ smärta efter ryggkirurgi.

Genom att stärka personalens kunskap och samsyn i smärtbedömning och omhändertagande har de bidragit till ökad patientsäkerhet, jämlik vård och trygghet för både patienter och medarbetare. Arbetet är ett tydligt exempel på förebyggande patientsäkerhetsarbete som är väl förankrat i verksamheten och möjligt att implementera i det dagliga vårdarbetet.

Juryns bedömningskriterier

- Bidraget ska förbättra för patient, närstående och medarbetare
- Arbetet ska ske ur ett värdeskapande och normkritiskt perspektiv
- Arbetssättet ska kunna implementeras i verksamheten

Juryn består av:

Martin Skeppholm Verksamhetschef

Helene Disinger Kvalitetsansvarig

RYGG KIRURGISKT CENTRUM

Bild: ***Diplom patientsäkerhetspriset 2025 går till Karl Jederström och Tobias Croner***

Arbetsmiljöarbete 2025

Sammanställning av insatser och uppföljningar under året

En god arbetsmiljö är en grundförutsättning för att bedriva säker och högkvalitativ vård. Under 2025 har Ryggkirurgiskt Centrum bedrivit ett strukturerat och systematiskt arbetsmiljöarbete i samverkan mellan chefer, skyddsombud och arbetsmiljögruppen. Arbetet har haft särskilt fokus på medarbetardialog, organisatoriska och sociala faktorer, ergonomi samt tydliga och återkommande rutiner.

Medarbetarundersökningar – möta, åtgärda och följa upp

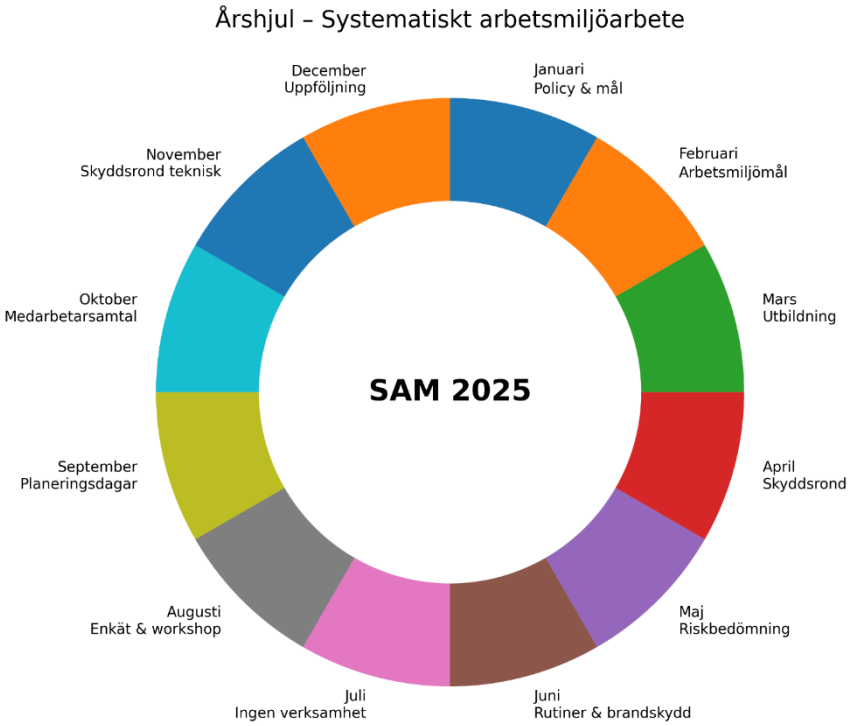
Under året har medarbetarundersökningar genomförts och analyserats i samarbete med HR. Resultaten har legat till grund för identifierade förbättringsområden och konkreta åtgärder. En tydlig uppföljningsstruktur har etablerats för att säkerställa att vidtagna åtgärder får avsedd effekt och följs upp över tid.

Kommunikation och informationsflöde

Arbetet med att stärka kommunikationen inom organisationen har fortsatt under 2025. Informationsflöden har tydliggjorts och tillgången till aktuell information via interna kanaler har förbättrats. Medarbetare har uppmuntrats att aktivt ta del av information samt bidra till en öppen och respektfull kommunikationskultur.

Integrering av värdeord – TRON

Verksamhetens värdeord **Tydlighet, Respekt, Omtanke och Nytänkande (TRON)** har integrerats i det dagliga arbetet. Interna utbildningar och dialoger har genomförts för att förankra värdegrunden i organisationen. Chefer har arbetat aktivt med TRON i sitt ledarskap och efterlevnaden av värdeorden har följts upp regelbundet.



Ergonomi

Under 2025 har ergonomikontroll genomförts av kirurgernas arbetsmiljö i operationssituationer. Syftet har varit att identifiera och minska belastningsrisker samt bidra till en långsiktigt hållbar arbetsmiljö.

3.8 Adekvat kunskap och kompetens

För att säkerställa adekvat yrkeskompetens och goda förutsättningar för att utföra vårt arbete prioriterar vi kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer inom organisationen. Detta inkluderar regelbundna utbildningsinsatser för att hålla medarbetarnas kunskaper och färdigheter aktuella samt att främja en ökad förståelse för patientsäkerhet.

Vid bemanning och schemaläggning arbetar enheterna utifrån en modell med minimibemanning, där vi alltid strävar efter att täcka eventuella vakanser för att säkerställa en trygg och säker vårdmiljö. Vi tar hänsyn till medarbetarnas erfarenhet och kompetens vid schemaläggning för att optimera arbetsflödet och möta de specifika behoven på vår enhet.

För att skapa systemförståelse och främja kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete integrerar vi regelbundet dessa ämnen i vår personalutbildning. Detta inkluderar workshops, möten och informationsutbyten där medarbetarna ges möjlighet att delta och bidra med sina insikter och idéer. På så vis främjar vi en kultur av kontinuerlig förbättring och ökar förståelsen för hur förändringar kan genomföras och integreras i vår verksamhet.

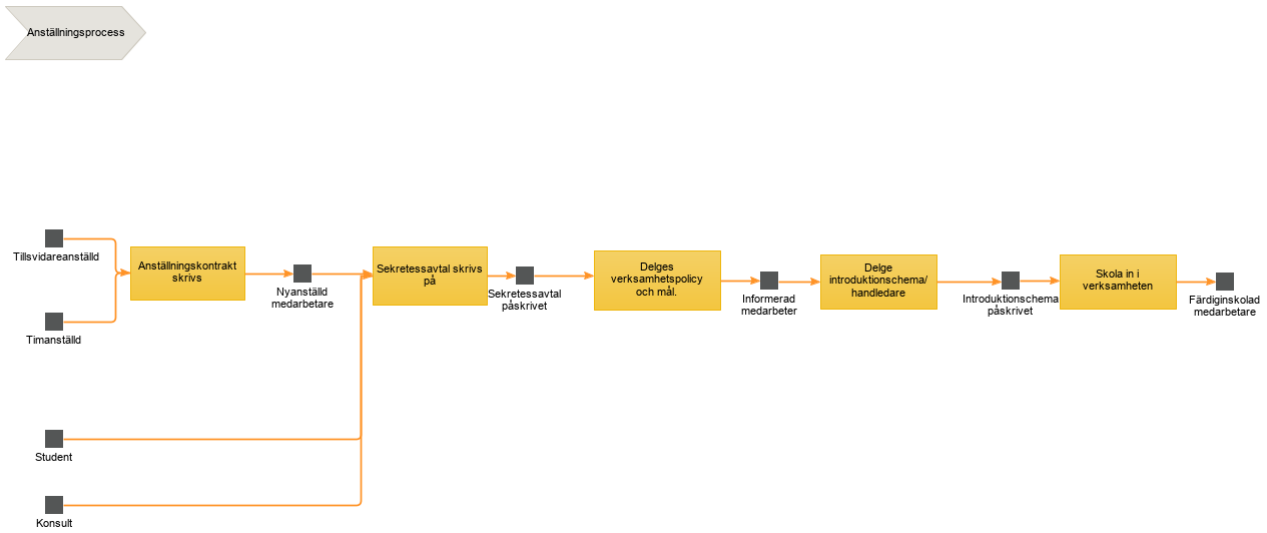


Bild: ***Anställningsprocess***

Engagemang och delaktighet från medarbetarna är av yttersta vikt för att uppnå hög kvalitet inom sjukvården. För att skapa dessa förutsättningar främjar vi medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar, samverkansgrupper och individuella kompetensutvecklingsplaner. Vi stödjer kontinuerlig kompetensutveckling genom vår utbildningsfond, interna och externa utbildningar, webbaserade kurser och utbildningsföreläsningar. Med hjälp av hållbara medarbetarenkäter (HME) följer vi upp och utvärderar medarbetarnas engagemang och ser till att deras insatser bidrar till en positiv och utvecklande arbetsmiljö. Exempel på utbildningsinsatser kan vara konferenser och externa utbildningar men även våra interna utbildningstillfällen.

På RKC prioriteras detta genom en noggrant utformad rekryteringsprocess där kompetensen för nyanställda säkerställs. Vårt introduktionsprogram, en del av vår övergripande kompetensförsörjningsplan, är tydligt och enhetligt för både enhetschefer och medarbetare. Arbetsbeskrivningar för chefer och förbättrade introduktionsscheman för medarbetare har utvecklats under året för att optimera arbetsmiljön och underlätta en smidig integrering i arbetsgemenskapen.

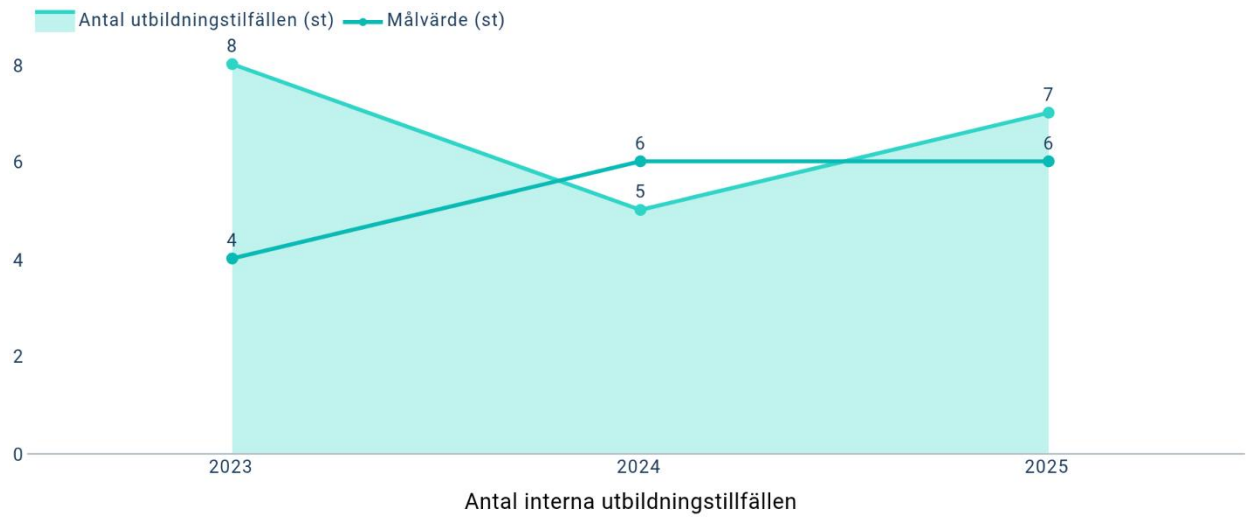


Diagram: ***Interna utbildningstillfällen på RKC 2022–2025. 2025 n=7.***

Kompetensutveckling genom interna utbildningar

Under 2025 genomförde kliniken totalt sju interna utbildningstillfällen.
Utbildningarna var fördelade över vår- och höstterminen och omfattade både administrativa, kliniska och forskningsrelaterade områden.

Våren 2025 hölls tre utbildningar med fokus på HR-frågor, det digitala verktyget FRISQ samt kliniska tillstånd som droppfot och C5-pares.

Hösten 2025 genomfördes fyra utbildningar som behandlade aktuell forskning (studien *GetBack*), samtalsledning i vården, spondylolistes och blåsövervakning.

Dessa utbildningar syftar till att bredda och stärka personalens kompetens och kunskap, samtidigt som de erbjuder nya perspektiv utifrån vår direkta arbetsmiljö. De är en viktig del av vår satsning på kontinuerlig förbättring och professionell utveckling för att möta de krav och utmaningar som vår klinik står inför.

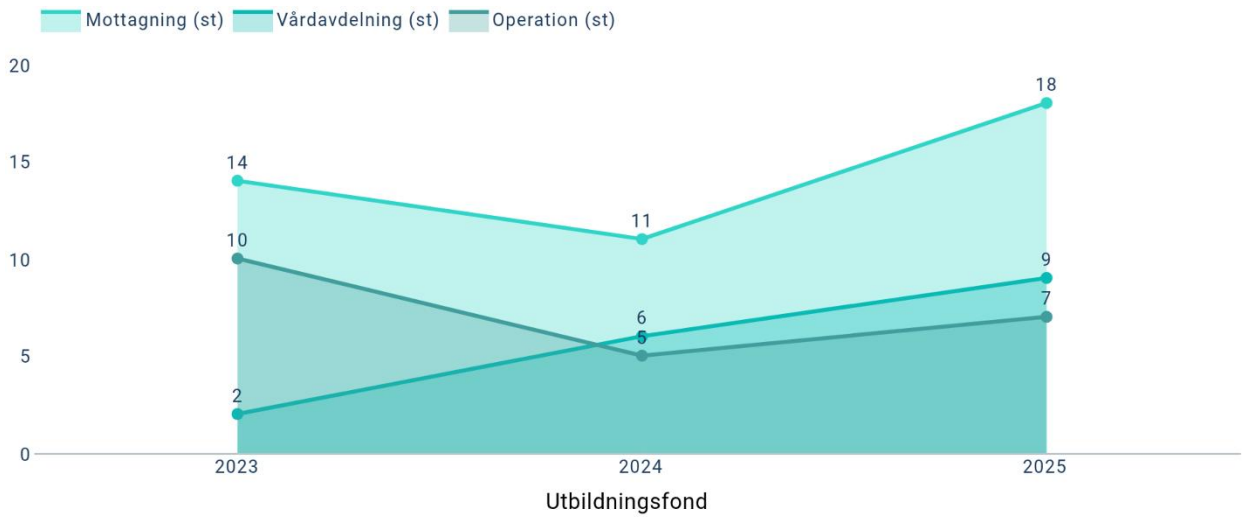


Diagram: ***Utbildningsfond extern utbildning per enhet 2025. Utbildningsfonden ger ersättning för kurser eller utbildningar med upp till 4000kr per medarbetare och år.***

Kompetensutveckling genom externa utbildningar

Under det gångna året har personalen på RKC aktivt investerat i kompetensutveckling genom externa utbildningar. För andra året i rad har dessa till stor del finansierats via verksamhetens utbildningsfond. Utbildningsinsatserna syftar inte enbart till att stärka professionell kompetens, utan även till att öka trivsel, motivation och skapa en hållbar arbetsmiljö.

De utbildningar som medarbetarna deltagit i spänner över flera områden, såsom hälso- och sjukvård, fysioterapi, anestesi, ledarskap, arbetsmiljö, administration, kommunikation och personlig utveckling. RKC:s personal är verksamma både administrativt och inom kärnverksamheten, och kompetensutveckling sker utifrån verksamhetens behov samt individuella utvecklingsområden.

Kompetensutveckling inom anestesi

Under året har våra narkosläkare deltagit i externa utbildningar och internationella konferenser för att säkerställa uppdaterad, evidensbaserad anestesikompetens.

I februari deltog narkosläkare i en tvådagarsutbildning i Amsterdam med fokus på ultraljudsledd blockadläggning. Utbildningen omfattade både teoretiska moment och praktisk träning i ländryggsblockader. Som ett direkt resultat har kliniken infört ultraljudsledda ländryggsblockader, en säker och skonsam metod som ersatt tidigare teknik med genomlysning.

I maj deltog narkosläkare i den internationella tredagarskonferensen Euroanaesthesia i Lissabon. Fokus låg på anestesi för äldre, obesa och smärtpatienter. Deltagandet har lett till ett ökat fokus på prevention av postoperativt delirium, minskning av respiratoriska komplikationer samt en utökad och mer strukturerad användning av metadon i det perioperativa omhändertagandet.

I april 2025 deltog tre av våra anestesisjuksköterskor på Anestesins regionala studiedag i Stockholm. Studiedagen gav en bred och aktuell kunskapsuppdatering inom anestesiområdet genom föreläsningar som berörde både klinisk vardag, forskning och internationella perspektiv.

Föreläsningarna omfattade bland annat malign hypertermi, patientkontrollerad sedering vid inläggning av venportar samt akuta anestesisituationer såsom akut sectio. Vidare presenterades forskning kring användning av VR-teknik vid barnoperationer samt anestesi inom folktandvården utifrån individuella patientförutsättningar.

Studiedagen belyste även anestesisjuksköterskans roll inom forskning, utbildning och humanitärt arbete, med föreläsningar om att forska som anestesisjuksköterska, volontärarbete inom Mercy Ships samt medicinsk evakuering från Ukraina. Utbildningen inkluderade även reflektion kring handledning av anestesistudenter samt betydelsen av beröring och kroppskontakt i vårdmötet.

Deltagandet upplevdes som mycket givande och bidrog både till fördjupad yrkeskompetens och till värdefullt erfarenhetsutbyte med kollegor från andra sjukhus i Stockholmsregionen.

Kompetensutveckling inom sterilteknik och medicinteknisk säkerhet

Våra steriltekniker vid RKC deltog under 2025 på sterildagarna, med särskilt fokus på hantering av engångsinstrument och implantat. Detta är ett område som ofta väcker frågor inom både större och mindre vårdenheter och utbildningen gav tydlig vägledning kring gällande regelverk och ansvarsfördelning.

Utbildningen tydliggjorde att engångsinstrument och engångsimplantat inte får återanvändas. Tillverkarens märkning och bruksanvisningar är bindande enligt MDR (Medical Device Regulation). Produkter märkta *single use* är endast validerade för en användning och tillverkaren tar inget ansvar efter detta. Att frångå tillverkarens anvisningar är inte tillåtet och ekonomiska skäl utgör inte giltig grund för avsteg från regelverket.

Vid återanvändning av engångsprodukter övertar vårdgivaren tillverkaransvar, vilket kräver fullständig dokumentation, riskanalys och validering. Ett medicinskt beslut från läkare att sterilisera om engångsinstrument eller implantat förändrar inte gällande lagstiftning eller ansvarsfördelning.

Utbildningen belyste även att öppnade engångsprodukter ska kasseras och vid behov hanteras som

en avvikelse. Steriltekniker eller annan sjukvårdspersonal som rengör, steriliserar eller frisläpper gods som steriliserats i strid med regelverk kan bära ansvar för avvikelsen.

Vidare framhölls att engångsprodukter är designade för säkerhet och optimerade för en användning. Återanvändning kan leda till materialförsämring, ökad infektionsrisk samt försämrad funktion, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

Deltagandet i Sterildagarna har bidragit till ökad kunskap och tydlighet kring regelverk, ansvar och säker hantering av medicintekniska produkter, vilket stärker både patientsäkerhet och kvalitet i verksamheten.

Kompetensutveckling inom fysioterapi

Två fysioterapeuter deltog i oktober i den internationella kursen Cognitive Functional Therapy (CFT) i London, ledd av professor Peter O'Sullivan, med deltagare från ett tjugotal länder. Kursen fokuserade på evidensbaserad, personcentrerad behandling av patienter med långvarig nack- och ländryggssmärta.

Efter genomförd utbildning har intern kunskapsöverföring skett till övriga fysioterapeuter. Fortsatt implementering och fördjupning av arbetssättet sker genom regelbundna diskussioner av patientfall vid fysiomöten under hösten 2025 och våren 2026.

En fysioterapeut har även genomgått utbildningen McKenzie B, vilket har gett en mer fördjupad verktygslåda för undersökning, diagnostik och behandling av patienter med nackbesvär.

Vidare har handledning genomförts internt med fokus på att stärka kliniskt resonemang och utveckla undersökningstekniker i det postoperativa arbetet.

Kompetensutveckling inom administration och service

Administrativ personal har under året deltagit i riktade utbildningar för att stärka effektivitet, struktur och service gentemot patienter och verksamhet.

En medarbetare har genomgått en tvådagars grundkurs i Excel via Roda Utbildning, med fokus på grundläggande funktioner såsom diagram, filtrering och summeringar. Kunskapen bidrar till effektivare hantering av administrativa uppgifter och uppföljningar.

Operationskoordinatorer deltog i november 2025 i utbildningsdagar för administratörer och

koordinatorer via Kunskapsgruppen. Utbildningen fokuserade på kommunikation, samarbete, konflikthantering, självledarskap, struktur, planering och prioritering. Utbildningen omfattade även användning av AI-verktyg som stöd i administrativa uppgifter inom tillåtna och säkra ramar.

Kunskaperna har stärkt samarbetet mellan operationskoordinatorer, läkare och övrig vårdpersonal samt bidragit till ett mer strukturerat och proaktivt arbetssätt i operationsplaneringen.

Administrativ personal har även deltagit i informationsföreläsning om endoskopi för att öka kunskapen om ingreppet och därmed bättre kunna besvara patienters frågor.

Kompetensutveckling inom bemötande och kommunikation

En medarbetare deltog i en tvådagarsutbildning med fokus på bemötande av besvärliga situationer och personer. Utbildningen gav konkreta verktyg och förhållningssätt för att hantera utmanande möten med patienter och kunder på ett professionellt och tryggt sätt.

Vidare har personal deltagit i utbildning om morfinpreparats påverkan på patienters hälsa pre- och postoperativt. Detta har lett till ökad medvetenhet och en ambition att förbättra planeringen och omhändertagandet av patienter med långvarigt opioidbruk.

Kompetensutveckling inom motivation och teamarbete

Under året deltog delar av personalen i externa inspirations- och motivationsdagar med fokus på ledarskap, arbetsplatskultur och samarbete, bland annat Motivationsdagen i december. Deltagandet skedde genom individuellt nyttjande av utbildningsfonden.

Dagarna belyste betydelsen av kompetens, delaktighet, inre motivation och tillit för att skapa trygghet, ansvarstagande och ett välfungerande samarbete. Deltagarna upplevde utbildningarna som inspirerande och energigivande, med flera konkreta reflektioner kring kommunikation, arbetskultur och ledarskap som är direkt tillämpbara i vårdverksamheten.

Kompetensutveckling för hållbart arbetsliv och ledarskap

Chefsfunktionen har under året deltagit i riktade utbildningar med fokus på arbetsmiljö och hållbart ledarskap.

Genom deltagande i utbildningen Gilla jobbet har fördjupad kunskap erhållits kring psykosocial arbetsmiljö, kommunikation och ledarskap, med särskilt fokus på stressförebyggande arbete, arbetsglädje och teamkänsla. Utbildningen gav konkreta verktyg för att tidigt identifiera arbetsmiljörisker och arbeta mer proaktivt för en trygg och inkluderande arbetsmiljö. Kunskapen har börjat omsättas i verksamheten genom förbättrade medarbetarsamtal, tydligare kommunikationsvägar och ökat fokus på återhämtning och balans. Information har även förts vidare till arbetsgruppen via skyddsombud och mötesforum.

Vidare genomfördes en tvådagarsutbildning i hållbart ledarskap med fokus på tillit, delaktighet och reflektion. Utbildningen har stärkt chefens förmåga att involvera medarbetare i problemlösning och utvecklingsarbete, vilket lett till ökad delaktighet, engagemang och konkreta förbättringsförslag från medarbetarna.

Sammantaget har utbildningsinsatserna stärkt ledarskapskompetensen, förbättrat arbetsmiljön och skapat bättre förutsättningar för en hållbar och långsiktig verksamhetsutveckling.

Utbildning, specialistutbildning och kompetensöverföring

Ryggkirurgiskt centrum (RKC) bedriver ett aktivt och långsiktigt utbildningssamarbete och medverkar kontinuerligt i utbildning och kompetensutveckling för flera yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Verksamheten tar emot **ST-läkare inom ortopedi och närliggande specialiteter**, **sjuksköterskor som genomgår specialistutbildning till operationssjuksköterska**, samt bidrar till utbildning av **sjuksköterskestudenter, steriltekniker och fysioterapeuter** genom klinisk handledning och strukturerat lärande i den dagliga verksamheten.

I takt med ökad subspecialisering inom ortopedin och att stora patientgrupper flyttats från akutsjukhusen, har behovet av samverkan mellan olika vårdgivare ökat för att säkerställa en fullgod specialistutbildning. RKC har i detta sammanhang en viktig roll genom att regelbundet ta emot **ST-läkare för utbildning inom degenerativa ryggsjukdomar**. Placeringarna omfattar cirka **6–7 veckor** och inkluderar handledning i mottagningsarbete samt möjlighet att assistera vid kirurgiska ingrepp.

Under **2025 tog RKC emot fem ST-läkare** inom ramen för denna utbildningsinsats. Utbildningsverksamheten bidrar till kunskapsöverföring, ökat intresse för ryggkirurgi som subspecialitet och till att stärka den regionala kompetensförsörjningen.

*Bild**: Joakim Lönneborg utbyte från SÖS och verksamhetschef Martin Skeppholm RKC.***

Pågående utbyte mellan ryggklinikerna vid sjukhusen inom Region Stockholm

Subspecialisering inom ryggkirurgi sker genom ett pågående utbyte av ryggkirurger mellan RKC och övriga ryggkliniker inom Region Stockholm. Under 2025 har en av våra yngre ryggkirurger varit placerad vid Karolinska universitetssjukhuset för fördjupning inom akuta ryggtillstånd som trauma, tumörer och skolios. Parallellt har ett utbyte genomförts med Södersjukhuset, där en av deras ryggkirurger tjänstgjort hos oss.

Utbildning och handledning av såväl läkare som specialistsjuksköterskor bidrar även till **intern kompetensutveckling**, då det skapar förutsättningar för reflektion över arbetssätt, diskussion av rutiner och en ökad medvetenhet kring kvalitet och patientsäkerhet i det dagliga arbetet. En välfungerande utbildningsmiljö är därmed en viktig förutsättning för **hög patientsäkerhet, kvalitet och kontinuerlig verksamhetsutveckling**.

Forskning på RKC

Vi strävar efter att vara en ledande ryggklinik i framkant genom att bedriva flera forskningsprojekt och upprätthålla etablerade samarbeten med välrenommerade lärosäten. Genom regelbundna besök vid nationella och internationella kongresser håller vi oss uppdaterade om de senaste rönen inom kirurgisk forskning, främjar kunskapsutbyte och strävar efter ständig utveckling. För att främja högkvalificerad vård för våra patienter deltar vi aktivt i olika forskningsprojekt som koordineras av olika universitet över hela landet. Detta ger vår personal möjlighet till intern utbildning inom olika projekt och en förståelse för systematiskt arbete inom medicinsk forskning. Vi anser att vara delaktig i forskning är avgörande och utfallet av våra interventioner kan leda till förbättringar och justeringar i vårt arbetssätt för att konstant bedriva vård med hög evidens.

- **SHAM studien-Steloperation eller inte vid kirurgi för ländryggssmärta. Frågeställning: Är kirurgi med fusion bättre än kirurgi utan fusion vid ländryggsmärta.** Deltagande kliniker är Akademiska sjukhuset i Uppsala, Ryggkirurgisk centrum samt Sahlgrenska sjukhuset. Studien drivs via Uppsala universitet. Ansvariga är Professor Paul Gerdhem och Christian Carrwick från Uppsala, **Martin Skeppholm och Christoffer Kjaer från RKC**, Catharina Parai från Sahlgrenska samt Karin Jensen från Karolinska institutet. Studien är en dubbelblindad RCT där patienter med så kallad segmentell rörelsesmärta intraoperativt lottas till kirurgi med eller utan steloperation. Resultat är blindad för patient fram till 6 månader efter operation. Patienter som ej fått steloperation har då möjlighet att gå vidare med detta. Totalt ska 90 patienter inkluderas. Studien beräknas att pågå i minst 5 år. Parallellt med denna RCT kommer även en registerstudie att göras. I denna kommer trender över tid, prediktiva faktorer etc för segmentell rörelsesmärta att analyseras.
- **Dialogstöd:** Studien leds av Catharina Parai från Göteborgs Universitet och **på RKC är Per Svedmark ansvarig**. Det är en pragmatisk multicenterstudie med syftet att undersöka prediktionsvärdet av logaritm baserad på Swespine-data. Målet är att använda modellen för att visa patienter chansen att bli bättre av en operation och ge kirurger vägledning i deras beslut. Inkludering pågår.
- **OMSAP (Örebro Multicenter Study of Anterior Cervical Decompression and Fusion versus Posterior Foraminotomy):** Marek Holy från Örebro Universitetssjukhus är ansvarig för studien, med **Martin Skeppholm som ansvarig på RKC.** Det är en randomiserad kontrollerad multicenterstudie som jämför utfallet av olika operationstekniker för behandling av foraminal stenos i halsryggen. Fem patienter från RKC har hittills inkluderats och studien pågår.
- **Funktion efter bakre halsryggskirurgi pga. degenerativa förändringar:** Studien leds av Jard Svensson från Linköpings Universitet och på **RKC är Martin Skeppholm ansvarig**. Det är en prospektiv kohortstudie med multicenterdesign, syftande till att följa upp patienter efter bakre foraminotomi för att förstå specifika problem, funktion och smärta. Inkluderingen pågår och RKC har hittills haft flest deltagare.
- **Get back:** Get Back är ett personcentrerat digitalt rehabiliteringsprogram med fokus på fysisk aktivitet i samband med ryggkirurgi. Forskningen vill undersöka om Get Back kan stödja personer som genomgår ryggkirurgi att öka sin fysiska aktivitet och hälsa efter operationen. Ett digitalt format erbjuds för att öka tillgängligheten till fysioterapi i samband

med ryggkirurgi genom att rehabilitering sker i hemmet med stöd av fysioterapeut på distans. En pilotstudie (n=29) har genomförts 2023/2024 och rekryteringen till en RCT-studie startade i maj 2025 och är pågående (n=73 av 252 inkluderade). **RKC fysioterapeut Fiona Jamieson, USK Maria Boström samt SSK Maria Bööse** var aktiva i rekryteringen av patienter i den genomförda pilotstudien. Fiona Jamieson är aktiv i rekryteringen och i interventionen i den pågående RCT:n och Maria Bööse är behjälplig studiekoordinator i studien. Projektet leds av professor Mari Lundberg och Sophiahemmet, Ideell förening är forskningshuvudman.

- **MR-studien - en nationell observations- och registerstudie. EPN: Dnr 2021–00732.** Frågeställning: Har diskbråckets utseende på den preoperativa MR-undersökningen betydelse för det patientrapporterade utfallet ett år efter operationen? Sammanlagt 42 av landets 47 kliniker deltar och RKC bidrar med 119/996 patienter. **Martin Skeppholm, Peter Fritzell**, Olle Hägg och Mikael Skorpil håller i studien. För att utvärdera detta har vi tagit data från det nationella ryggregistret Swespine, i gruppen "diskbråck i ländryggen". Datauttaget gäller diskbråcksopererade i hela Sverige och patienternas utfall har klassats som "lyckat" (smärtan helt borta eller mkt bättre) eller "misslyckat" (smärtan något bättre - oförändrad - sämre) vid uppföljningen. Sammanlagt rör det sig alltså om nästan tusen patienter där vi har tagit reda på var och när preoperativ MR är gjord, samt utverkat samtycke från varje klinik för att få ta del av dessa bilder i utvärderingssyfte. Ett stort arbete har lagts på att hitta alla dessa undersökningar, vilka nu håller på att bedömas och klassas separat av två radiologer och en ryggkirurg. När det är gjort kommer statistiska analyser att göras för att se om det finns koppling mellan dels de olika granskarnas bedömning, dels mellan diskbråckets utseende på MR och det patientrapporterade utfallet. Studien beräknas vara klar att analyseras och skickas för publicering under 2026.
- **Proteomik-studien. EPN: Dnr 2023-02903-1.** Frågeställning: Kan en eventuell bakteriekopplad proteinförekomst, förklara en smärtgivande "subklinisk infektion" i en disk (mellankotskiva). **RKC är via forskningsledare Peter Fritzell,** i samarbete med Olle Hägg och Hans Laestander på Spine Center Göteborg och ortopedkliniken på Uppsala Universitetssjukhus (Paul Gerdhem och Nikos Schizas), samt mikrobiologen på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg (kemister Annika Thorsell och Roger Karlsson och bakteriolog Bodil Jönsson) engagerad i studien, vilken syftar till att utvärdera fynd av olika proteiner hos patienter som opereras för LDH (degenererade diskar - medelålder ca 45 år) samt jämföra dessa med fynden hos unga patienter opererade för skolios (icke degenererade diskar - medelålder ca 15 år). Studien beräknas vara klar att analyseras och skickas för publicering under 2026.

Övrig forskningsaktivitet på RKC

Utöver forskning som bedrivs på RKC:s patientmaterial finns läkare som ingår i andra forskargrupper med anknytning till Karolinska institutet och Linköpings Universitetssjukhus. Forskningen gäller behandling av barn med idiopatisk skolios och långtidsuppföljning av patienter 18 år eller yngre med diskbråck i ländryggen. Under 2025 *har två artiklar publicerats (JAMA Netw och Pain Rep) och en poster har presenterats på internationellt smärtmöte.*

För att lära dig mer om våra forskningsinsatser, besök gärna **rkc.se/forskning.**

3.9 Patienten som medskapare

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens och närståendes delaktighet för en säkrare vård

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens och närståendes aktiva delaktighet. När patienten är välinformerad och engagerad i sin egen vård och när vården utformas och genomförs i samråd med patienten, blir vården både säkrare och mer effektiv. Ett respektfullt bemötande skapar förtroende och tillit, vilket är avgörande för en god vårdrelation.

Vi strävar kontinuerligt efter att förbättra vår verksamhet baserat på den feedback vi får från våra patienter och deras närstående. För att underlätta kommunikationen och förbättra systemanvändningen har vi implementerat nya kommunikationsmetoder. Vi engagerar våra patienter i vårdmöten där de får ta ansvar för sin behandling och vi uppmuntrar dem att ta del av sin journal via 1177 för att säkerställa en högre grad av delaktighet. **Patienter och närstående uppmuntras även att framföra synpunkter och signalera om något upplevs oklart eller riskfyllt under vårdprocessen.**

Vi mäter patienternas uppfattning om informationsflödet vid öppenvårdsbesök och strävar efter att uppnå 100 % förståelse av besöket. För att få en tydlig bild av patienternas upplevelse får alla patienter som besökt oss möjligheten att svara på våra patientnöjdhetsmätningar via vår kundportal. Dessa svar ger oss värdefull information som vi använder för att förbättra våra arbetsmetoder och skapa en mer tillgänglig och transparent vård. Under 2025 fick vi cirka **3 800 svar på drygt 7 000 utskick** (48 % svarsfrekvens), vilket har gett oss en fördjupad förståelse för patienternas upplevelser av vården. De områden som främst identifierats som förbättringsområden rör **bemötande, vård och behandling, information samt patientdelaktighet**, vilket ligger till grund för fortsatt utvecklingsarbete inom verksamheten.

För slutenvårdsflödet har RKC fokuserat på tillgänglighet, patientinformationen i FRISQ, **anpassning av information utifrån patientens individuella förutsättningar**, skapat ny vårdplan för patienter med skolios samt genomfört förändringar i utskrivningsbrev och patientinformation för patienter som inte använder FRISQ.

Förbättringsförslag samlas in och diskuteras på våra tvärprofessionella förbättringsmöten samt på enheternas veckomöten. Två gånger per år sammanställs dessa för att identifiera mönster och prioriterade förbättringsområden.

409 förbättringsförslag med kvartalsvis fördelning

Kvartal	Antal förslag	Kommentar
Q1 2025	ca 165	Mycket fokus på väntetider och kommunikation.
Q2 2025	ca 130	Fortsatt många om tillgänglighet, men förbättrat bemötande.
Q3 2025	ca 114	Fler positiva omdömen, särskilt om bemötande och vård.
Q4 2025	ca 150	Större spridning i upplevelse, tydligt fokus på information och bemötande

Se mer under kapitlet Resultat, Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys

Sambedömning för Ökad Patientdelaktighet på RKC

På RKC är patientens delaktighet i vården en central aspekt och för att maximera detta har vi implementerat en unik och effektiv metod – sambedömning med både fysioterapeut och läkare. Denna bedömningsmetod har varit en integrerad del av vår verksamhet sedan starten 2017 och har visat sig vara en framgångsrik modell för att öka patientens engagemang och förståelse för sin egen vård.

Sambedömningen skapar en gynnsam miljö för att involvera patienten aktivt i vårdbeslut och behandlingsplaner. Genom att integrera både fysioterapeutens expertis inom rörelseapparaten och läkarens medicinska bedömning får patienten en holistisk syn på sin hälsa. Detta möjliggör en mer djupgående dialog mellan patient och vårdteam, där individuella behov och önskemål vägs in i planeringen. Genom att medarbetare från olika yrkesgrupper samarbetar nära kring patienterna skapas goda förutsättningar för kunskapsutbyte, gemensamma arbetssätt och en ökad samsyn. Detta leder till en mer enhetlig och tydlig kommunikation, både internt och gentemot patienterna. Effekten blir att hela organisationen ”talar samma språk”, vilket stärker patientsäkerheten, förbättrar kontinuiteten och ökar tryggheten för patienterna genom vårdkedjan.

En viktig del av sambedömningsmodellen är att vi aktivt uppmuntrar patienterna att ställa frågor, dela sina synpunkter och vara delaktiga i beslutsfattandet. Genom att använda denna metod skapar vi ett partnerskap där patientens åsikter och preferenser inte bara respekteras utan även blir en del av vårdplaneringen. Detta leder till att patienterna känner sig mer trygga och engagerade i sin egen behandling.

På RKC ser vi sambedömning som en nyckelfaktor för att skapa en patientcentrerad vårdmiljö. Genom att fortsätta använda denna unika bedömningsmetod strävar vi efter att inte bara behandla sjukdomar utan även att främja varaktig hälsa och öka patientens delaktighet i sitt välmående. Sambedömning är ett effektivt verktyg för att säkerställa att våra patienter inte bara får den bästa möjliga vården utan också en större känsla av delaktighet och kontroll över sin hälsa.

Citat från en patient från vår sambedömning:

" Jag vill tacka för ett fint bemötande, ni har verkligen sett mig och lyssnat på mig. Jag kan nu gå ut härifrån med en känsla av att jag vet vad jag ska göra för att påverka mina besvär åt det bättre och jag behöver inte längre vara rädd"

Samarbete med PaN, LÖF och IVO för att förbättra vårdkvaliteten

Vårt samarbete med Patientnämnden (PaN), Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) är av stor vikt för att ta vara på patienters och närståendes synpunkter och klagomål. Genom att noggrant analysera de rapporter och utredningar som dessa instanser producerar, skapar vi en kontinuerlig dialog som är grundläggande för vårt förbättringsarbete och för att höja vårdkvaliteten.

Vid vårdskadeutredningar genomför vi intervjuer med både patienter och deras närstående för att samla in deras erfarenheter och perspektiv. Dessa synpunkter beaktas noggrant i vårt arbete för att identifiera förbättringsområden. När centrala händelseanalyser genomförs, är det rutin att verksamhetschef eller analysledare kontaktar patienten och dennes närstående för att få en fullständig bild av händelsen, vilket säkerställer att alla synpunkter och aspekter beaktas i vår förbättringsprocess.

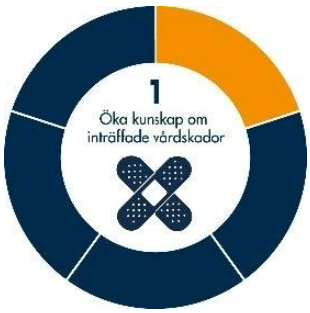
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Ramverk för uppföljning utifrån handlingsplanens struktur.

RKC arbetar systematiskt med att **öka kunskapen om inträffade vårdskador och komplikationer** genom strukturerad uppföljning, analys och återföring till verksamheten. Arbetet bedrivs i enlighet med **SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket**, vilket innebär att inträffade händelser och negativa utfall används som underlag för förbättringsåtgärder och lärande. För att stärka analysen av inträffade vårdskador används både verksamhetsdata och patientrapporterade mått genom **PROM och PREM**, vilket möjliggör en bredare förståelse av både medicinska utfall och patientens upplevelse. Detta är i linje med **HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §**, där vårdgivarens ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att god och säker vård uppnås tydliggörs.



Uppföljning och analys sker genom egenkontroller, såsom **PPM (punktprevalensmätningar)** samt genom sammanställningar från **Swespine, Medrave, FRISQ och Qlik Sense**. Månatliga analyser används för att identifiera mönster, bakomliggande orsaker och riskområden kopplade till inträffade vårdskador, i enlighet med **PSL 2010:659 3 kap. 3 §** om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Spridning av kunskap och lärande i verksamheten

För att säkerställa att kunskap från inträffade vårdskador omsätts i praktisk förbättring **delges samtliga medarbetare kvartalsvis en sammanställning av inträffade komplikationer**, inklusive både allvarliga, mindre allvarliga händelser och avvikelser. Återkopplingen syftar till att öka medvetenheten om risker, stärka det förebyggande arbetet och minska risken för upprepning.

Genom regelbunden återkoppling och gemensam reflektion skapas ett öppet och lärande klimat där erfarenheter från inträffade vårdskador används aktivt för att utveckla arbetssätt och stärka patientsäkerheten.

Resultat

VRI och Komplikationer	Målvärde %	Antal 2024 (antal op. 1845)	Utfall 2024 %	Antal 2025 (antal op. 2125)	Utfall 2025 %	Komplikation	Allvarlig komplikation
Ytlig infektion	<2%	31	1,7%	29	1,4%	1,4%	
Djup infektion	<0,7%	15	0,8%	19	1,0%		1,0%
Reoperationer åter in	<2,0%	24	1,3%	34	1,6%		1,6%
UVI	<1%	6	0,3%	8	0,4%	0,4%	
Sepsis	<0,5%	1	0,05%	2	0,14%		0,14%
Pneumoni	<0,05%	0	0%	1	0,05%		
DVT	<1%	3	0,16%	1	0,05%	0,05%	
Lungembolie	<0,05%	2	0,1%	1	0,05%		0,05%
Stroke	<0,1%	0	0%	0	0%		
Hjärtinfarkt/hjärtstopp	<1%	1	0%	0	0%		
Reoperationer samma vårdtillfälle	<2%	1	0,05%	4	0,2%	0,2%	
Antal fallolyckor	<0,5%	3	0,2%	4	0,2%	0,2%	

Diagram: ***VRI och komplikationer. Gulmarkerade =VRI, Orange markerade = Allvarliga komplikationer***

Vi klassificerar komplikationerna utifrån allvarlighetsgrad. En allvarlig komplikation kan innebära att patienten fått genomgå en ny operation, erhållit akut sjukhusvård eller fått bestående eller långvariga problem.

Analys av inträffade vårdskador och komplikationer 2025

Ytliga infektioner

Under 2025 uppgick andelen ytliga infektioner till **1,4 %**, vilket ligger **under fastställt målvärde (2 %)** och innebär en förbättring jämfört med 2024 (1,7 %). Ytliga infektioner har i huvudsak kunnat behandlas utan behov av reoperation eller akut sjukhusvård och klassas därför inte som allvarliga komplikationer.

Under 2025 har den postoperativa mottagningen haft 678 patientbesök, främst för såromläggningar, förbandsbyten och behandling av sårinfektioner. Mindre sårinfektioner, ofta relaterade till lokal sårläkning, har hanterats genom förbättrade förbandsrutiner, tydlig patientinformation samt rådgivning kring aktivitet, smärtlindring, hygien och nutrition. Dessa åtgärder har bidragit till tidig upptäckt, effektiv handläggning och minskad risk för djupa infektioner och sepsis.

Djupa infektioner

Andelen djupa infektioner uppgick 2025 till **1%**, vilket innebär att målvärdet (0,7 %) inte helt uppnåddes och motsvarar en marginell ökning jämfört med 2024 (0,8 %). Djupa infektioner klassificeras som **allvarliga komplikationer** då de ofta medför reoperation, förlängd vårdtid och långvarig antibiotikabehandling. Varje fall har analyserats individuellt för att identifiera riskfaktorer och förbättringsområden inom det förebyggande arbetet.

Reoperationer (återinläggning)

Under 2025 var andelen reoperationer som krävde återinläggning **1,6 %**, vilket ligger **inom målvärdet (2,0 %)** men innebär en ökning jämfört med 2024 (1,3 %). **I flertalet fall är återinläggning kopplad till reoperation till följd av djup infektion**, vilket innebär att dessa händelser delvis överlappar varandra i statistiken. Varje fall analyseras individuellt med fokus på bakomliggande orsaker, riskfaktorer och möjligheter till förbättrade förebyggande åtgärder.

Urinvägsinfektion (UVI)

Förekomsten av urinvägsinfektioner uppgick 2025 till **0,4 %**, vilket ligger **under målvärdet (1 %)**. UVI betraktas i normalfallet inte som allvarlig komplikation men följs som en vårdrelaterad infektion, särskilt vid samband med urinkateter eller upprepade urintappningar. Utfallet används för fortsatt förbättringsarbete kring blåsövervakning och kateterhantering.

Sepsis

Under 2025 noterades sepsis i 0,14 % av fallen, vilket ligger under målvärdet (0,5 %) men klassificeras som en allvarlig komplikation. Samtliga fall analyseras noggrant med fokus på tidig identifiering av infektion och snabb handläggning. Den låga förekomsten indikerar god beredskap och god följsamhet till gällande rutiner.

Det är viktigt att förtydliga att sepsis i dessa fall har uppstått som en följd av djupa infektioner. Patienter med sepsis ingår därför även i gruppen för djupa infektioner och samma patienter kan därmed vara representerade i flera komplikationskategorier.

Pneumoni

Andelen pneumonier uppgick 2025 till **0,05 %**, vilket motsvarar målvärdet. Pneumoni kan utgöra en allvarlig komplikation, särskilt hos patienter med samsjuklighet, men förekomsten har varit mycket låg. Förebyggande åtgärder såsom tidig mobilisering och andningsstöd är centrala i det fortsatta arbetet.

Tromboemboliska händelser – DVT, lungemboli och stroke

Under 2025 var förekomsten av:

DVT: 0,05 % (under målvärde 1 %),

Lungemboli: 0,05 % (i nivå med målvärde),

Stroke: 0 %.

Dessa händelser klassificeras som **allvarliga komplikationer**. Utfallet visar en låg förekomst, vilket talar för att riskbedömning, trombosprofylax och mobilisering fungerar väl, samtidigt som varje inträffad händelse analyseras individuellt.

Hjärtinfarkt

Under 2025 rapporterades **inga fall** av hjärtinfarkt. Dessa händelser betraktas som allvarliga vårdskador och utfallet ligger tydligt under målvärdet. Resultatet speglar en god perioperativ riskbedömning och övervakning.

Reoperationer under samma vårdtillfälle

Andelen reoperationer under samma vårdtillfälle uppgick 2025 till **0,2 %**, vilket ligger **väl under fastställt målvärde (2 %)**. Dessa händelser klassificeras som **allvarliga komplikationer**.

Reoperationer under samma vårdtillfälle har i huvudsak varit kopplade till postoperativ blödning och inte till andra komplikationstyper. Samtliga fall har analyserats individuellt med fokus på tidig upptäckt, övervakning och åtgärd för att minimera risk för påverkan på patientens fortsatta vårdförlopp.

Fallolyckor under vårdtiden

Under 2025 inträffade fallolyckor i **0,2 %** av vårdtillfällena, vilket ligger **under fastställt målvärde (0,5 %)** och är oförändrat jämfört med 2024. Fallolyckor klassificeras som **allvarliga händelser** då de kan medföra skador och förlängd vårdtid. Fallolyckor rapporteras i avvikelsesystemet.

De fallolyckor som inträffat har ofta varit kopplade till läkemedelseffekter, såsom smärtlindring eller anestesirelaterad påverkan, samt till nytillkommen svaghet i benen efter ryggkirurgi. Varje händelse analyseras individuellt med fokus på riskbedömning, tillsyn och förebyggande åtgärder för att minska risken för upprepning.

Samlad bedömning

Sammanfattningsvis visar utfallet för 2025 att majoriteten av komplikationer ligger **inom eller under fastställda målvärden**. De komplikationer som klassificeras som allvarliga följs särskilt genom strukturerad analys och återkoppling i verksamheten, i syfte att öka kunskapen, minska risken för upprepning och stärka patientsäkerheten.

ÅR	Operationer	Antal tappningar på patienter	%
2019	1264	27	2,1%
2020	1337	75	5,6%
2021	1474	89	6,0%
2022	1643	73	4,4%
2023	1771	51	2,9%
2024	1845	54	2,9%
2025	**2125**	**43**	**2,0%**

*Tabell: **Antal tappningar av urinblåsa per år på postoperativa enheten. 2025 n= 61 (2,9%).***

Antalet urintappningar på den postoperativa enheten har minskat över tid, med en tydlig nedgång de senaste åren. Efter att ha varit som högst år 2021 (89 tappningar) har antalet successivt reducerats och uppgick **år 2025 till 43 tappningar**, vilket är den lägsta nivån under mätperioden.

En bidragande orsak till minskningen är ett mer aktivt och förebyggande arbetssätt där patienterna motiveras att gå på toaletten i ett tidigt skede postoperativt. Tidig mobilisering och toalettbesök underlättar urinblåsans tömning och minskar behovet av tappning. Ju längre tömning av urinblåsan fördröjs, desto större är risken för urinretention och svårigheter att initiera spontan miktion.

Urinkateter (KAD) i förhållande till UVI

Totalt antal KAD	Totalt antal UVI	Antal UVI orsakad av RKC	Antal UVI utan KAD	Antal UVI med KAD	Antal med Durarift	UVI I % i förhållande till operationer	Antal UVI KAD satt på annat sjukhus
20 (2023)	14	(12) 35%	(5) 36%	(7) 50%	(6) 43%	0,8%	(2) 14%
22 (2024)	6	6	(0)	(6) 22%	(7) 31%	0,3%	(1)
22 (2025)	8	(8)	3	(5) 22%	(1)	0,4%	(0)

Tabell: ***Postoperativ urinkateter n= 22 varav 5 patienter (22%) fick UVI 2025***

2025	Antal	%
Blåsöverfyllnad vårdavdelningen	**26**	**1,2**
Blåsöverfyllnad på operation	**26**	**1,2**

Tabell: ***Blåsövervakning på vårdavdelning och operation 2025.***

Blåsövervakning

Under 2025 registrerades **26 fall av blåsöverfyllnad på vårdavdelningen (1,2 %)** samt **26 fall av blåsöverfyllnad i samband med operation (1,2 %)**. Det är viktigt att notera att **patientgruppen delvis kan vara densamma**, vilket innebär att siffrorna ska tolkas som händelser inom olika delar av vårdflödet och inte som unika individer.

Dessa händelser har använts som underlag för **analys och kunskapsutveckling i verksamheten**, i linje med kravet att inträffade vårdskador ska följas upp och leda till förbättringsåtgärder. Som ett resultat av analysen genomfördes i **november 2025 en riktad utbildningsinsats i blåsövervakning med extern föreläsare från Karolinska Institutet**.

Utbildningen har bidragit till ökad förståelse för att **risken för vårdskada främst är kopplad till tiden med överfylld blåsa snarare än enbart uppmätt volym** samt att **optimal blåstömning oftast sker vid en blåsfyllnad på cirka 300–350 ml**. Denna kunskap har omsatts i klinisk praxis och används i den dagliga bedömningen av behovet av urintappning.

Som en följd av detta har **patientinformationen i FRISQ förtydligats**, där patienter uppmanas att vara uppmärksamma på svårigheter att urinera efter operation och informeras om möjliga orsaker till urinretention. Vidare har personalen fått **fördjupad utbildning i handhavande och tolkning av BladderScan**, vilket stärker kvaliteten i bedömningarna och bidrar till ett mer patientsäkert omhändertagande.

Sammantaget illustrerar detta hur **kunskap från inträffade vårdskador används systematiskt för**

lärande, kompetensutveckling och förbättring av arbetssätt samt hur erfarenheter från 2025 ligger till grund för fortsatt utveckling, bland annat genom planering av ett sammanhållet flöde för blåsövervakning under 2026.

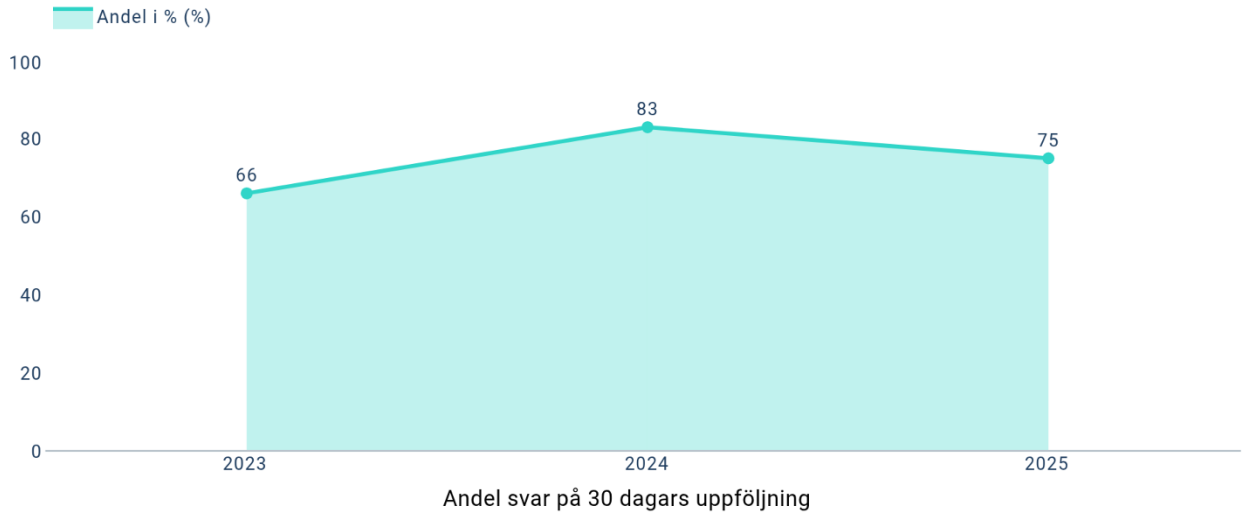


Diagram: ***Antal patienter som svarat på 30 dagarsuppföljning i FRISQ per år (75%).***

FRISQ som verktyg för uppföljning och förbättring

FRISQ är ett centralt verktyg i Ryggkirurgiskt Centrums systematiska uppföljning av patienternas vårdförlopp. Genom digitala vårdplaner och strukturerad 30-dagarsuppföljning möjliggörs tidig identifiering av avvikande postoperativa förlopp, komplikationer och behov av ytterligare stöd eller åtgärder.

Under 2025 har cirka 75 % av patienterna besvarat 30-dagarsuppföljningen i FRISQ, vilket ger ett brett och representativt underlag för uppföljning av vårdresultat och patientupplevelse. Den höga svarsfrekvensen stärker tillförlitligheten i analyserna och möjliggör tidig upptäckt av förbättringsområden.

Uppföljningen via FRISQ bidrar till ökad patientdelaktighet och förbättrad kommunikation mellan patient och vårdgivare, samtidigt som insamlade data används som underlag för analys av vårdkvalitet, patientsäkerhet och kontinuerligt förbättringsarbete. Resultaten följs över tid och relateras till verksamhetens volymer, vilket skapar goda förutsättningar för systematisk uppföljning av det postoperativa omhändertagandet. *Vidare läsning under resultat, digitala förbättringar.*

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som är integrerat i verksamhetsutvecklingen och omfattar både reaktiva och proaktiva insatser. Arbetet syftar till att minska oönskad variation och säkerställa tydliga, standardiserade och tillförlitliga processer i samtliga vårdflöden.

Som en del av detta bedrivs ett strukturerat egenkontrollarbete för att säkerställa säkra vårdutfall och minska risken för vårdskador och komplikationer. **Riskbedömning inför kirurgi genom medicinsk bedömning och ASA-klassificering** genomförs rutinmässigt och **medicinska strykningar** görs vid behov. Därutöver genomförs egenkontroller av **mikrobiologisk luftkvalitet genom CFU-mätningar**, **följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)**, **rengöringskvalitet genom ATP-mätningar och strukturerad städning** samt **läkemedelshantering**. Resultaten följs upp och analyseras och ligger till grund för förbättringsåtgärder inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Bild: ***Olika säkerhetssystem i hälso- och sjukvård.***

Riskbedömning inför kirurgi

För att upprätthålla hög patientsäkerhet genomförs **strukturerade individuella riskbedömningar inför kirurgi**. Bedömningen initieras redan vid patientkontakt på mottagningen och omfattar medicinska och funktionella faktorer samt **psykisk hälsa**. Som en del av bedömningen genomförs **HAD-screening (Hospital Anxiety and Depression Scale)**. Vid förhöjda värden gör **ansvarig kirurg** en medicinsk bedömning av behovet av åtgärd, ytterligare utredning eller om patienten kan godkännas för planerad operation.

Samtliga patienter fyller i en **digital hälsodeklaration** som, tillsammans med journaluppgifter, provsvar och eventuella kompletterande utredningar, utgör underlag för den preoperativa bedömningen. Därefter tillämpas **ASA-klassificering**, en etablerad nationell metod för systematisk bedömning av patientens preoperativa hälsotillstånd och identifiering av riskfaktorer vid anestesi och kirurgi.

Vid behov initieras ytterligare utredning eller behandling och kirurgi kan senareläggas för att minska risken för vårdskada. Exempel på faktorer som kan föranleda åtgärd eller uppskjuten kirurgi är högt BMI, avvikande provsvar, rökning, förhöjt HbA1c vid diabetes eller otillräckligt behandlad hypertoni.

Inför planerad kirurgi ges patienten muntlig och/eller skriftlig information enligt fastställda inskrivningsmallar. **Inskrivningssjuksköterskan** följer dagligen operationsplaneringen och säkerställer att hälsodeklarationen är komplett, i syfte att minska risken för medicinska strykningar. Patientens hälsostatus följs även inför operation via **FRISQ**, vilket möjliggör tidig identifiering av försämrat tillstånd och dialog med ansvarig läkare och anestesiolog. Vid kvarstående planering informeras vårdavdelning och operationsenhet om eventuella avvikelser.

Summa Operationer 1845	ASA klass	% fördelning 2024	% fördelning 2025
ASA KLASS	1	31%	32%
ASA KLASS	2	60%	59%
ASA KLASS	3	9%	9%

Tabell: ***Fördelning av ASA klassificering av opererade patienter under 2024–2025.***

Resultat – ASA-klassificering 2025

ASA-klassificeringen baseras på **1 845 av 2125 operationer** där fullständig ASA-bedömning fanns tillgänglig. Resultaten redovisas i procent för att möjliggöra jämförelse mellan åren. Patienter där ASA-klass saknades eller angavs som okänd ingår inte i procentfördelningen och har exkluderats från analysen, då bortfallet är relaterat till systemövergång och inte till den medicinska bedömningen.

Resultatet visar att patientmixen varit i stort sett oförändrad mellan åren, med en övervägande andel patienter i **ASA-klass 1–2**, vilket indikerar låg till måttlig anestesiologisk risk. Andelen patienter i **ASA-klass 3** är stabil och speglar en fortsatt hantering av patienter med högre medicinsk komplexitet.

ASA-fördelningen 2025 bedöms därmed vara jämförbar med 2024 och påverkas inte av bortfall

relaterat till byte av operationsplaneringssystem, då endast patienter med komplett ASA-data ingår i analysen.

Trots väl genomförda förberedande undersökningar, ASA-klassificering och etablerade rutiner för inskrivning förekommer det att patienter stryks från operationsprogrammet. Medicinska strykningar kan påverka verksamhetens flöde och produktivitet negativt, men är samtidigt en nödvändig åtgärd för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Under 2025 avbokades 16 patienter samma dag som planerad operation, vilket motsvarar 0,8 % av samtliga planerade ingrepp. Av dessa strykningar bedömdes 0,5 % vara relaterade till medicinska skäl.

Medicinska skäl	**antal**
Minskade besvär	4
Cirkulatoriska problem vid sövning	2
Ej avslutad LM behandling inför op.	1
Infektion vid ankomst	4
Uteblev eller sent återbud	5
summa	**16**

Tabell: ***Medicinska strykningar på operationsdagen n=11 (0,5%) 2025.***

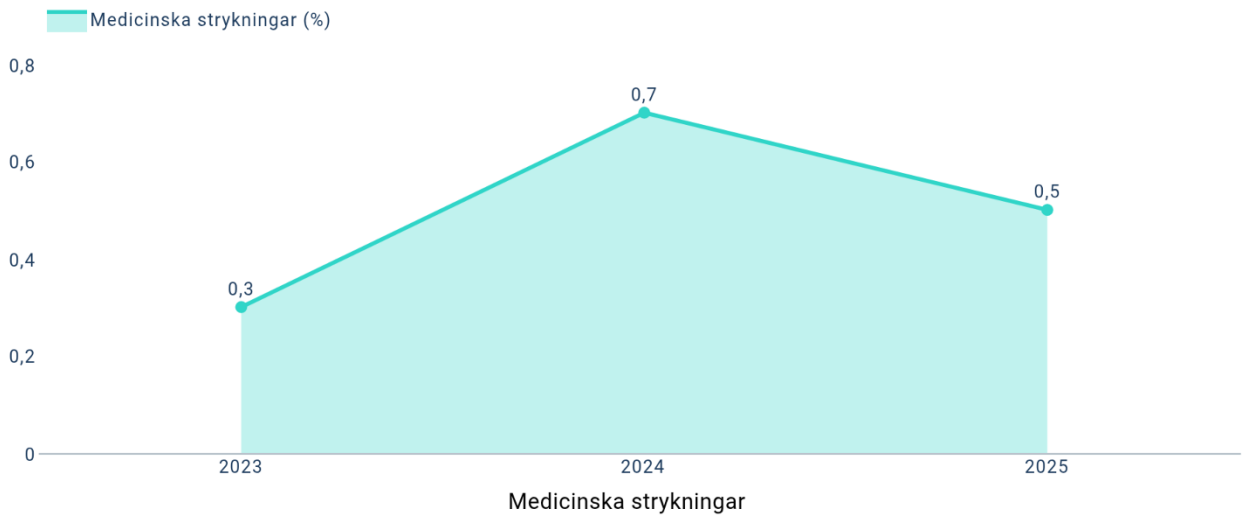


Diagram: ***medicinska strykningar per år 2023–2025.***

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Arbetet med basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en grundläggande del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete och en förutsättning för tillförlitliga och säkra vårdprocesser. Kvalitetsansvarig samverkar med hygienombud på samtliga enheter för att säkerställa efterlevnad av vårdhygieniska krav samt för att identifiera och genomföra förbättringsåtgärder.

Regelbunden utbildning genomförs för nyanställda och enhetschefer, med fördjupade genomgångar för hygienombud, i syfte att säkerställa ett enhetligt arbetssätt och minska variation i utförandet.

Bild: ***Diplom från Sophiahemmet sjukhus, 100% Följsamhet på PPM av BHK på operationsenheten och vårdavdelningen på RKC hösten 2025.***

Följsamhet till BHK följs upp genom **kvartalsvisa punktprevalensmätningar (PPM)** baserade på strukturerade observationsstudier av de åtta grundläggande stegen för hygien och klädregler. Resultaten sammanställs, analyseras och återkopplas till enheterna som underlag för lärande och förbättring samt rapporteras årligen till Sophiahemmet. Verksamhetens mål är **100 % följsamhet till BHK**. Resultaten för 2025 visar genomgående höga nivåer av följsamhet. Vid identifierade brister vidtas åtgärder i samverkan mellan Kvalitetsansvarig, hygienombud, verksamhetschef och enhetschefer. Uppföljning och åtgärder dokumenteras i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

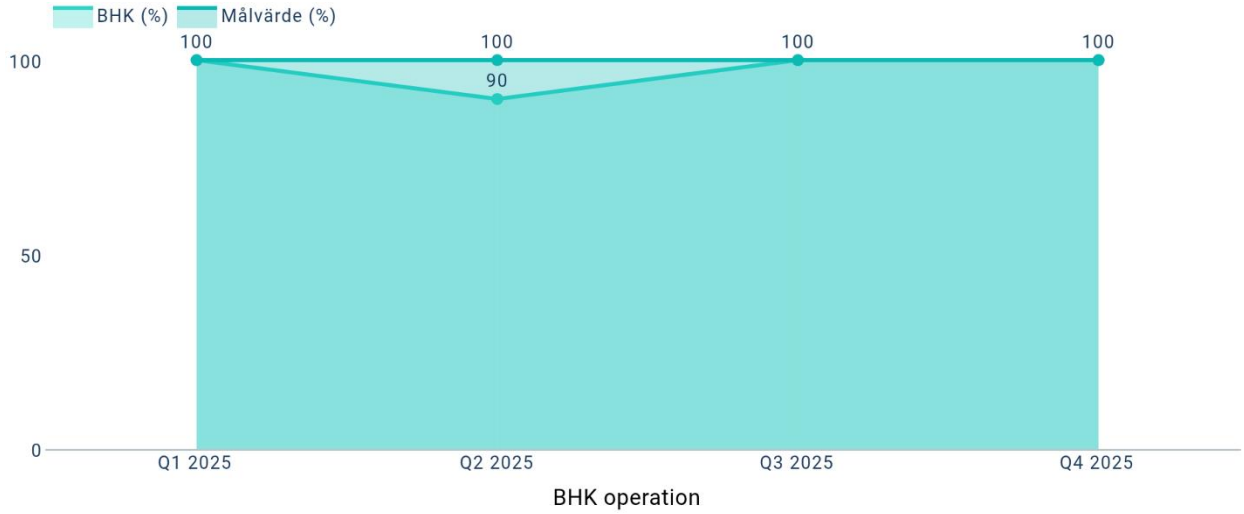


Diagram: ***Resultat av kvartalsmätningar BHK på operationsenheten 2025.***

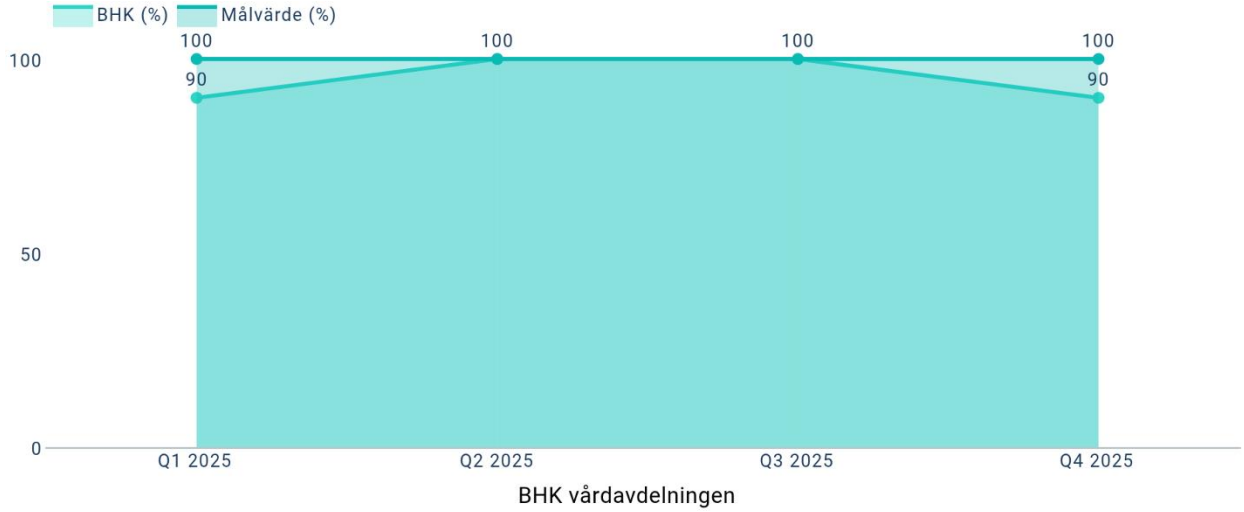


Diagram: ***Resultat av kvartalsmätningar BHK på vårdavdelningen 2025.***

CFU-mätning

CFU-mätningar (kolonibildande enheter) är en del av verksamhetens systematiska arbete för att säkerställa tillförlitliga och säkra processer i operationsmiljön. Genom regelbunden kontroll av den mikrobiologiska luftkvaliteten verifieras att ventilation, tryckförhållanden och hygienrutiner fungerar enligt fastställda krav, vilket minskar risken för vårdrelaterade infektioner.

Målsättningen är att uppnå **ultraren luft med ≤ 10 CFU/m³**, med ett eftersträvat medelvärde på **≤ 5 CFU/m³**, i enlighet med gällande riktlinjer. Mätningarna utförs av behöriga tekniker enligt **SIS-TS 39:2015 – Mikrobiologisk renhet i operationsrum**.

RKC använder sedan verksamhetsstart **TAF-teknologi (Temperature-controlled AirFlow)** i operationssalarna, vilket uppfyller kraven för implantatkirurgi och bidrar till stabila luftflöden, god arbetsmiljö och energieffektiv drift.

Identifierade brister och genomförda åtgärder

Under 2025 identifierades brister i **tryckdifferenser mellan operationssalar och angränsande utrymmen** samt förhöjda **partikelhalter i vissa intilliggande områden**.

För att stärka systemens tillförlitlighet har följande åtgärder genomförts:

Installation av **nya genomräckningsskåp** för att säkerställa korrekt tryckbalans

Utbyte till **nya HEPA-filter** med introduktionstester utförda av extern part

Införande av **hygieniska klistermattor** i angränsande utrymmen

Tätning av svetsfogar och ytrenovering av golv i tvättrum

Införande av **förbehandlade golvmoppar** för en mer standardiserad rengöringsprocess

Utökad frekvens av ATP-mätningar som komplement till CFU-mätningar

Åtgärderna syftar till att säkerställa stabila och kontrollerade processer i operationsmiljön samt minska risken för luftburen kontamination.

Uppföljning

En **uppföljande CFU-mätning är planerad till januari 2026** för att utvärdera effekten av genomförda åtgärder och säkerställa fortsatt tillförlitliga och säkra system.

Städning och uppföljning som del av tillförlitliga och säkra processer

Städning utgör en grundläggande del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete och är en förutsättning för tillförlitliga och säkra vårdprocesser. Tillsammans med basala hygienrutiner bidrar välfungerande och standardiserade städprocesser till att minska förekomsten av smuts och mikroorganismer och därmed risken för vårdrelaterade infektioner. För att säkerställa en jämn, reproducerbar och verifierbar kvalitet följs städresultaten upp regelbundet genom både egenkontroller och objektiva mätmetoder.

På RKC används ATP-mätning (adenosintrifosfat-mätning) som ett standardiserat och objektivt komplement till visuell kontroll för att identifiera osynlig biologisk kontaminering på cellnivå. Metoden möjliggör verifiering av att rengöringen uppnår fastställda renhetsnivåer enligt gällande gränsvärden (RLU) och utgör ett viktigt underlag för att bedöma om städ- och hygienprocesserna fungerar som avsett. Arbetssättet följer gällande svensk standard (SIS) för rengöring och städning inom hälso- och sjukvård.

Regelbundna städkontroller genomförs i samverkan med städledare och omfattar:

- ATP-mätningar för objektiv och jämförbar uppföljning över tid
- Visuella kontroller inför operationer
- Daglig slutstädning enligt fastställda rutiner

Vid varje kontroll säkerställs även att kemikalier, material och städmetoder överensstämmer med beslutade arbetssätt, vilket bidrar till standardiserade, förutsägbara och säkra processer i vårdmiljön samt minskar variation och personberoende i utförandet.

Som en del av förbättringsarbetet har städprocesserna förstärkts genom införande av färdigpreparerade städkemikalier med automatisk dosering. Detta säkerställer korrekt dosering, minskar risken för felanvändning och bidrar till en säkrare arbetsmiljö då städpersonalen inte behöver hantera manuell dosering av kemikalier. Samtidigt uppnås ett jämnare och mer reproducerbart städresultat. De städkemikalier som används är 100 % växtbaserade, biologiskt nedbrytbara samt fria från färgämnen och parfym, vilket minskar miljöpåverkan och risken för arbetsmiljörelaterade besvär. Städmoppar tvättas i 90 grader för att säkerställa hög hygienisk standard.

För att ytterligare stärka hygien och tillförlitlighet i operationsmiljön har ytrenovering av golv genomförts på operationsavdelningen. Golvrenoveringen har utförts med hermetiskt förslutna skarvar och fogar, vilket minskar risken för smutsansamling och bakterietillväxt. Ytbehandlingen, inklusive försegling med PU-sealer, ger hög slitstyrka och ett långsiktigt skydd mot slitage i en miljö med höga hygienkrav. Åtgärden förbättrar förutsättningarna för effektiv rengöring, bidrar till ett mer hållbart städresultat och stödjer uppföljning av renhetsnivåer över tid.

För att möjliggöra ett effektivt, snabbt och säkert informationsutbyte kring städning, hygien och uppföljning används även strukturerade kommunikationsvägar mellan operation, vårdavdelning, Kvalitetsansvarig och städledning.

Sammantaget bidrar dessa åtgärder till tillförlitliga, standardiserade och säkra städ- och hygienprocesser som stärker patientsäkerheten och minskar risken för vårdrelaterade infektioner.

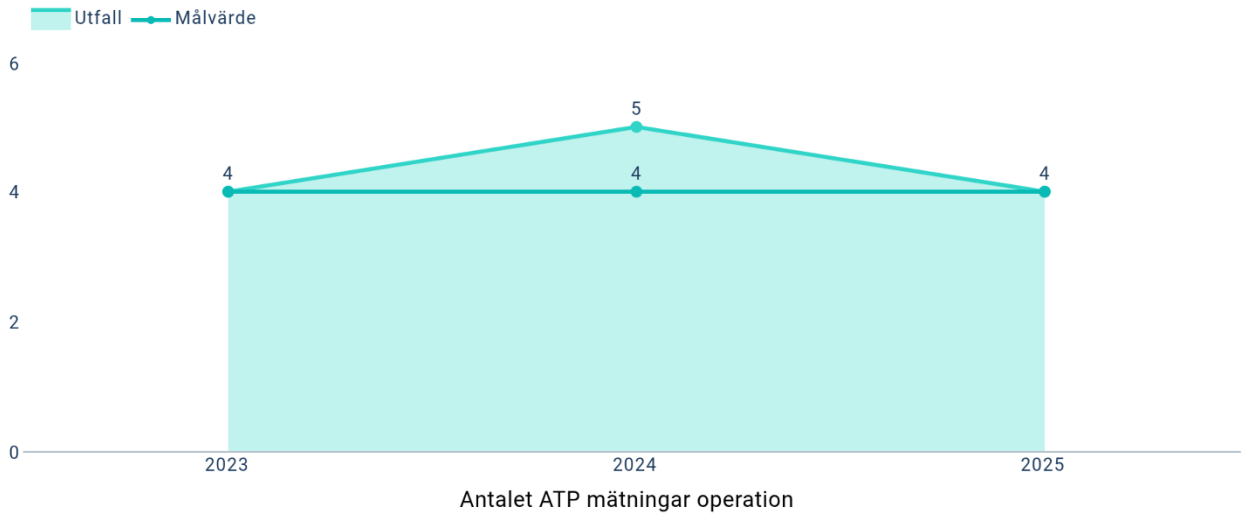


Bild: ***Antal ATP mätningar operation mellan 2023–2025.***

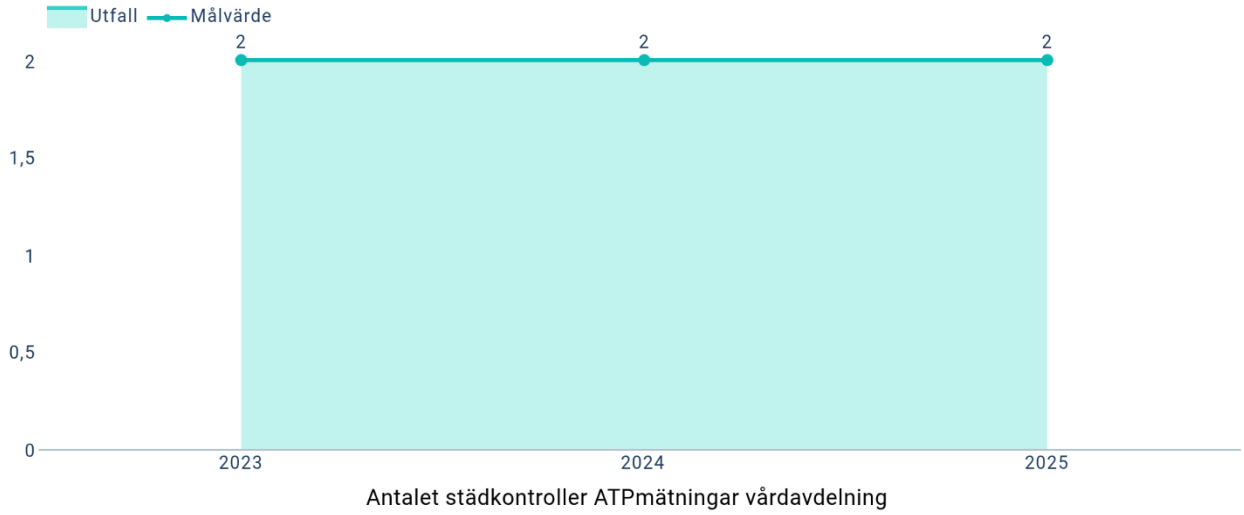


Bild: ***Antal ATP mätningar vårdavdelningen mellan 2023–2025.***

För mer läsning om vår städning se hållbarhet och miljö på https://www.rkc.se/miljo/.

Läkemedelshantering

Läkemedelshanteringen på RKC bedrivs enligt standardiserade och kvalitetssäkrade processer för att säkerställa en trygg och patientsäker vård under hela vårdtiden. Patienten uppmuntras till delaktighet genom användning av **Patient Controlled Oral Analgesia (PCoA)**, vilket möjliggör individanpassad smärtlindring och ökad autonomi.

En **tvärprofessionell smärtgrupp** arbetar kontinuerligt med att utveckla och följa upp pre- och postoperativ smärtlindring. Målet är god smärtkontroll med **minimerad användning av opioider**. En förändring av premedicineringen som infördes 2022 har bidragit till ett minskat postoperativt opioidbehov, vilket har förbättrat patientkomforten och reducerat risken för opioidrelaterade biverkningar.

För att säkerställa efterlevnad av gällande lagar och riktlinjer genomförs **årliga kvalitetsgranskningar av apoteksfarmaceut**. Granskningarna baseras på Socialstyrelsens föreskrifter, RKC:s interna läkemedelsrutiner samt lokala instruktioner och dokumenteras i protokoll. Genomgångarna genomförs fysiskt på vårdenheterna i samverkan med ansvariga för läkemedelshanteringen.

Hantering av narkotikaklassade läkemedel följs upp genom **dagliga kontroller** utförda av personal från olika delar av verksamheten samt **planerade stickprovskontroller två gånger per år**. På operationsenheten tillämpas även **”closed loop”-principen**, där all läkemedelsgivning kommuniceras högt för att minska risken för missförstånd.

Sammantaget bidrar dessa strukturerade arbetssätt till **förutsägbara, kontrollerade och säkra läkemedelsprocesser**, med tydligt fokus på patientsäkerhet och regelefterlevnad.

Resultat av läkemedelsgranskning

Under året har en **extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen** genomförts av apoteksfarmaceut i enlighet med **HSLF-FS 2017:37** samt verksamhetens lokala riktlinjer och rutiner. Granskningen omfattade läkemedelsförråd på operationsavdelning, uppvakningasvadelning(UVA) och vårdavdelning i Lill-Jans huset samt läkemedelsförråd, UVA och akutvagnar i G-huset, inklusive hantering och kontroll av narkotikaklassade läkemedel. Även skriftliga lokala rutiner för läkemedelshantering granskades.

Granskningen visade att verksamheten har **väl utvecklade och ändamålsenliga skriftliga rutiner** samt att läkemedelshanteringen **fungerar väl**. De förbättringsförslag som identifierades bedömdes vara av **förbättrande karaktär** och inte avvikelsegrundande. Förslagen har dokumenterats i en åtgärdsplan med utsedd ansvarig och fastställd tidsplan.

De huvudsakliga förbättringsområdena rörde **standardisering och dokumentation av akutvagnar**, i syfte att säkerställa ett enhetligt innehåll, tydligare kontrollrutiner samt förbättrad koppling mellan sortimentslistor och dokumentation i ledningssystemet. Vidare rekommenderades att hantering och kontroll av narkotika i akutvagnar tydligare kopplas till dokumenterad signering av utförd kontroll.

Avseende narkotikahantering konstaterades att **journalföring och kontroller är noggrant utförda** i samtliga berörda utrymmen. Spårbarhetskontroller av narkotikaflöde från läkemedelsförråd till patient genomfördes under januari och november 2025 med **godkänt resultat**.

Granskningen visade även att **läkemedelsförvaring sker på ett ordnat och säkert sätt**, med dokumenterad temperaturkontroll, hantering av utgångsdatum och regelbunden städning i samtliga utrymmen.

Samtliga förbättringsförslag från föregående kvalitetsgranskning har åtgärdats i sin helhet. Uppföljning av årets identifierade förbättringsområden sker inom ramen för verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Antibiotikaförskrivning

RKC strävar efter att följa rekommendationerna från STRAMAs 10-stegsprogram (STRAMA Samverkan mot antibiotikaresistens) när det gäller antibiotikabehandling. Vid postoperativa infektioner som är vårdrelaterade, är årsstatistiken en viktig faktor för att utvärdera den vård vi bedriver och dess effekter. Vi övervakar antibiotikaförskrivningen för att bevaka utvecklingen av VRI (vårdrelaterade infektioner) och komplikationer.

Antibiotikaförbrukningen följs årligen i form av antal definierade dygnsdoser (DDD).

Svårbehandlade postoperativa infektioner kan i vissa fall kräva behandling med bredspektrumantibiotika och förlängd behandlingstid inom RKC:s verksamhet.

Inför 2025 reviderades antibiotikaregimen vid postoperativ infektion i enlighet med uppdaterade rekommendationer. I samband med detta infördes **benzylpenicillin (Benzyl PC)** som behandlingsalternativ. Detta återspeglas i utfallet för 2025, där **417 DDD benzylpenicillin** har förskrivits.

Samtidigt ses en förändring i förskrivningsmönstret jämfört med tidigare år, med minskad användning av flera bredare antibiotika. Förändringen ska ses som ett resultat av uppdaterade behandlingsriktlinjer och förbättrad antibiotikastyrning, snarare än som en ökning av förekomsten av postoperativa infektioner.

Uppföljningen av antibiotikaförbrukning utgör en del av verksamhetens systematiska arbete med patientsäkerhet, antibiotikaresistens och läkemedelsrelaterad miljöpåverkan.

Lista över Antal DDD för antibiotika på rekvisition

Produkt	2024	2025
J01CF02 - kloxacillin	4 330	5 265
J01CE01 - bensylpenicillin	-	417
J01CF05 - flukloxacillin	183	130
J01FF01 - klindamycin	93	73
J01DD01 - cefotaxim	58	60
J01CE02 - fenoximetylpenicillin	-	50
J01MA02 - ciprofloxacin	20	40
J01DC02 - cefuroxim	30	15
J01XX09 - daptomycin	-	13
J01XA01 - vankomycin	5	10
J01CA08 - pivmecillinam	9	9
J01CR02 - amoxicillin och betalaktamashä	42	-
J01EE01 - sulfametoxazol och trimetoprim	25	-
J01GB03 - gentamicin	7	-
J01XE01 - nitrofurantoin	25	-
Summa:	4 826	6 082

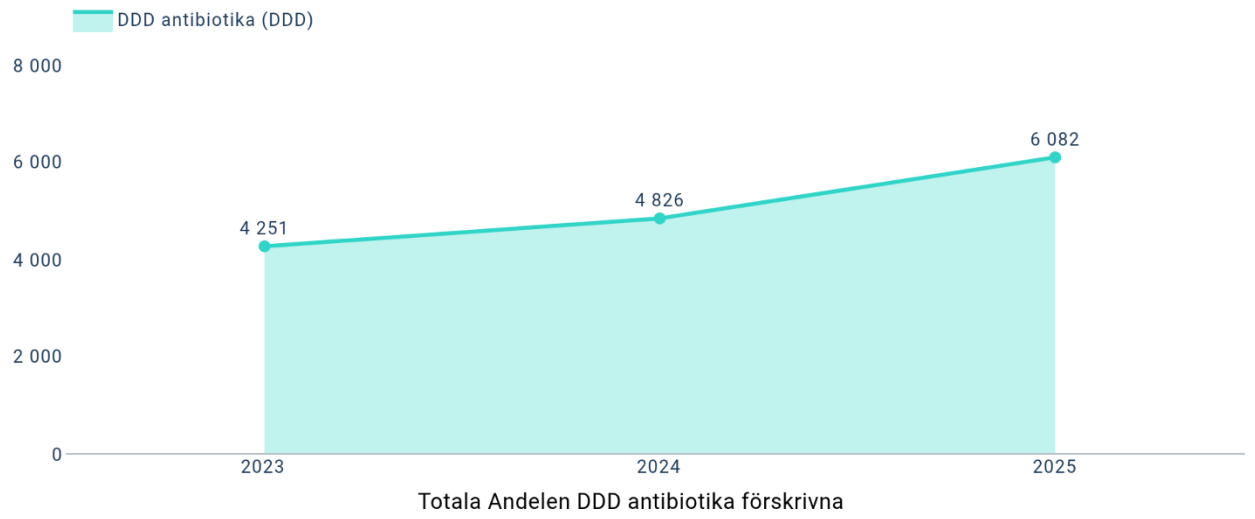


Diagram: ***Totala andelen rekvisitioner (dygnsdoser, DDD) antibiotika per år 2023–2025. DDD 2025 n= 6082***

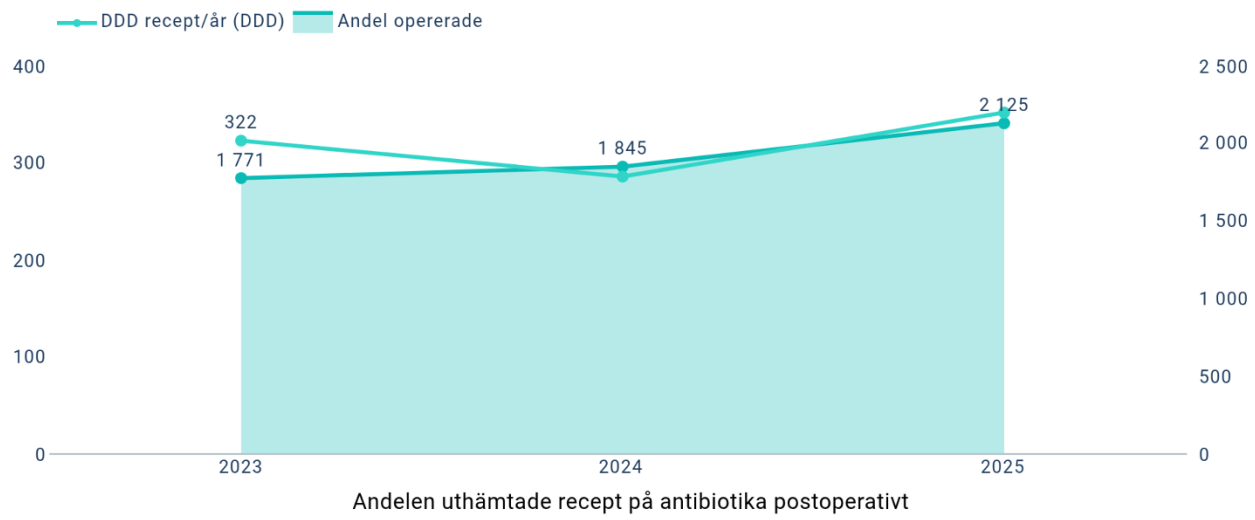


Diagram: ***Antalet uthämtade recept 2023–2025. 2025 hämtades n=351 recept på antibiotika av patienter behandlade på RKC.*** *Uppgifter delvis rapporterade från E-hälsomyndigheten.*

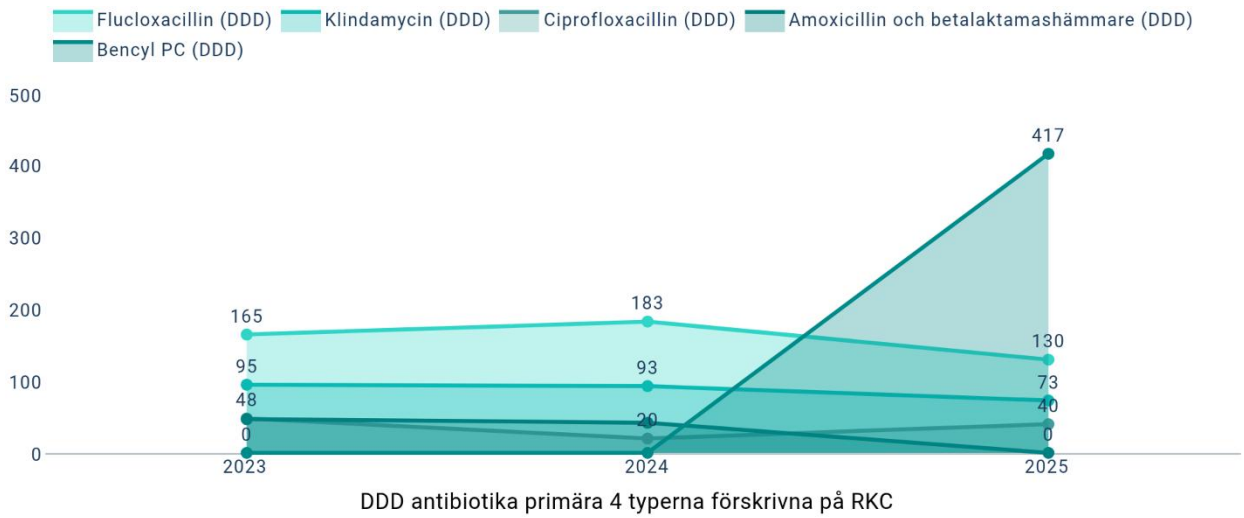


Diagram: ***Variation och antal DDD antibiotika ordinerade för postoperativ infektion på RKC rapporterade från STRAMA mellan 2023–2025 Se även tabell nedan.***

År	**Flukloxacillin DDD**	**Klindamycin DDD**	**Ciprofloxacin DDD**	**Amoxicillin DDD**	**Benzylpencillin DDD**
2025	**130**	**73**	**40**	**0**	**417**
2024	**182**	**93**	**20**	**42**	
2023	165	95	48	47	
2022	75	52	28	77	
2021	150	286	43	186	
2020	108	124	35	128	
2019	188	171	35	35	
2018	298	141	20	0	

Tabell: ***Antalet DDD antibiotika/ år. 2018–2025. Svårbehandlade infektioner kräver ibland bredspektrumantibiotika och förlängd behandling på RKC. Antibiotikaregimen för postoperativ infektion har förändrats inför 2025 varför Benzyl PC skrivits ut.***

Källa Concise E-hälsomyndigheten.

Medicinteknisk service (MTA)

Under verksamhetsåret har Metesa Sweden (tidigare Nortech Medical) tillhandahållit medicinteknisk service till Ryggkirurgiskt Centrum enligt servicekonceptet MT-plus. Uppdraget har omfattat stöd i den löpande hanteringen av medicintekniska produkter, inklusive support, konsultation samt förebyggande och avhjälpande underhåll.

Servicekonceptet MT-plus bygger på en strukturerad och definierad process som omfattar behovs-

och kravanalyser, upprättande av serviceplan, genomförande av kontroller, uppföljning mot fastställda kravnivåer samt justering av kommande plan utifrån identifierade behov.

Förenklad sammanfattning av 2025

Metesa har varit på plats och genomfört förebyggande underhåll motsvarande cirka 10 resursdagar på medicinteknisk utrustning som inte omfattas av tillverkarservice eller externa serviceavtal. Kontrollerna har omfattat utrustning i både G-huset och Lill-Janshuset.

Utöver planerat underhåll har Metesa hanterat akuta ärenden kopplade till medicinteknisk utrustning, genomfört ankomstkontroller av ny utrustning samt bistått med konsultativt stöd vid behov.

Samtliga kontroller och åtgärder har dokumenterats i inventariesystemet och följts upp vid årligt uppföljningsmöte.

4.3 Säker vård här och nu

RKC arbetar systematiskt med att identifiera och hantera patientsäkerhetsrisker som kan uppstå i samband med att patienter söker vård och inför planerad kirurgi. Fokus ligger på att tidigt identifiera risker, minska oönskad variation och säkerställa ett effektivt och säkert patientflöde.

Följande riskområden har identifierats som särskilt betydelsefulla:

Vårdrelaterade infektioner (VRI)
Förebyggande av VRI är ett prioriterat område. Arbetet omfattar strukturerade hygienrutiner, uppföljning av sårkomplikationer samt anpassade rutiner för förbandshantering i syfte att minska behov av tidiga förbandsbyten och därmed infektionsrisk.

Kapacitet och tillgänglighet
Risker kopplade till överbeläggningar, sena avbokningar och uteblivna besök hanteras genom förbättrade planeringsrutiner, kortvarsellistor samt digitala av- och ombokningstjänster. Tillgängligheten följs löpande upp via telefonistatistik och operationsutfall.

Patientförberedelse inför kirurgi
Bristande följsamhet till preoperativa instruktioner, exempelvis avseende läkemedel, smärtnivå eller blodtryck, kan medföra medicinska strykningar. Detta förebyggs genom tydlig och upprepad information via digitala kallelser, FRISQ och uppföljning av inskrivningssjuksköterska.

Riskbedömning och medicinska strykningar
Individuella riskbedömningar genomförs inför kirurgi, inklusive uppföljning av medicinska och funktionella faktorer. Vid förändrat hälsotillstånd kan kirurgi senareläggas för att minska risken för vårdskada.

Blåsöverfyllnad och resurin
Identifierade risker avseende postoperativ blåsfunktion följs upp genom strukturerad användning av BladderScan och uppföljning av tappningar och KAD-användning.

Leveranssäkerhet av läkemedel och produkter
Brist på läkemedel eller medicintekniska produkter hanteras genom planering, uppföljning och beredskap i samverkan med leverantörer.

Patientdelaktighet och kommunikation
Genom ökad användning av digitala verktyg, framför allt **FRISQ**, uppmuntras patienten till aktiv delaktighet och att kontinuerligt uppdatera förändringar i hälsotillstånd inför planerad kirurgi. Detta minskar risken för sena avbokningar, komplikationer och vårdskador.

Identifierad risk	Förebyggande åtgärder	Uppföljning
Patienter uteblir eller kommer för sent	Digitala kallelser, SMS-påminnelser med karta, information via FRISQ	Kvartalsvis uppföljning av uteblivna besök och kallelseeffektivitet
Felaktig läkemedelsanvändning inför kirurgi	Förtydligad information i kallelse och FRISQ, uppföljning via inskrivningssjuksköterska	Kvartalsvis analys av medicinska strykningar och avvikelser
Sena avbokningar	Digital av- och ombokningstjänst samt kortvarsellisthantering	Uppföljning av nyttjade operationstider och ombokningar
Otillräcklig smärtproblematik vid operationstillfället	Uppföljning av NRS-värden via FRISQ inför operation, kontakt vid avvikande värden	Kvartalsvis uppföljning av strykningar och genomförda operationer
Förhöjt blodtryck vid ankomst	Blodtryckskontroll på mottagning, tydlig ansvarsfördelning	Avvikelsehantering och uppföljning i kvartalsrapport
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Standardiserade hygienrutiner, optimerad förbandshantering	Kvartalsrapport av ytliga infektioner och analys av postopkontakter
Blåsöverfyllnad och resurin	Strukturerad användning av BladderScan och uppföljning av tappningar/KAD	Kvartalsvis uppföljning av mätningar och åtgärder
Bristande tillgänglighet via telefon	Utökade telefontider, förbättrad information, hänvisning till 1177	Månadsrapport från TeleQ
Administrativa risker vid pappershantering	Digitalisering av kvalitetsregister och formulär	Löpande uppföljning i Swespine och tidsjämförelser
Risk att inte uppfylla vårdgarantin	Omplanering av mottagning och operationsprogram, förbättrad remissbedömning	Uppföljning via CVR och väntetidsregister

Tabell: ***Exempel på identifierade risker och åtgärder 2025.***

Identifierade risker vid *Söker vård här och nu*

Patienter uteblir eller kommer för sent
Patienter kan ha svårt att hitta till mottagningen eller ha tappat bort sin kallelse, vilket kan leda till uteblivna besök eller förseningar. Detta påverkar operationsplaneringen negativt och kan medföra ineffektiv användning av tillgänglig kapacitet.

Patienter har tagit kontraindicerade läkemedel vid ankomst
Vissa patienter missförstår eller tar inte del av informationen om att avstå från vissa läkemedel inför kirurgi. Detta kan medföra ökad risk för komplikationer och i vissa fall leda till att operationen

behöver ställas in av patientsäkerhetsskäl.

Patienter bokar av sig på helgen
När patienter avbokar planerade operationer under helger är det ofta svårt att fylla tiderna med kort varsel. Detta leder till ineffektiv användning av operationsresurser och kan påverka tillgängligheten för andra patienter.

Patienter är smärtfria vid ankomst till operation
Patienter som inte längre upplever smärta kan ändå infinna sig till planerad operation, vilket kan blockera operationskapacitet som hade kunnat användas för andra patienter. Detta kan leda till onödiga fördröjningar och medicinska strykningar.

Patienten har högt blodtryck vid ankomst
Förhöjt blodtryck vid ankomst kan innebära att operation inte kan genomföras som planerat. Detta kan leda till att operationstiden inte kan utnyttjas för annan patient och indirekt försvåra uppfyllandet av vårdgarantin genom ökade väntetider.

Patienter har pågående infektioner vid ankomst
Patienter kan vid ankomst till planerad kirurgi uppvisa tecken på pågående infektion, exempelvis luftvägsinfektion, hudinfektion eller annan interkurrent sjukdom. Detta innebär en ökad risk för postoperativa komplikationer, inklusive vårdrelaterade infektioner och kan medföra behov av att senarelägga kirurgi.

Uppfyllande av vårdgarantin
För vissa patientgrupper förekommer längre väntetider än vad vårdgarantin anger, vilket kan leda till förseningar i vård och ökat missnöje hos patienter.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)
Ytliga sårinfektioner uppmärksammas framför allt på postopmottagningen. Tidiga förbandsbyten är kända riskfaktorer för infektion, varför korrekt förbandshantering och byte vid rätt tidpunkt är avgörande för att minska risken för infektion och komplikationer.

Resurin och blåsöverfyllnad
Vissa patienter har svårigheter att tömma blåsan postoperativt, vilket kan leda till resurin, blåsöverfyllnad och behov av kvarliggande kateter. Detta innebär en patientsäkerhetsrisk som kräver strukturerad uppföljning.

Tillgänglighet
Patienter kan uppleva svårigheter att nå verksamheten via telefon, vilket kan leda till frustration, fördröjd kontakt och risk för utebliven eller försenad vård.

Uppföljning och arbetsmiljö

Riskbedömningar genomförs både på individ- och verksamhetsnivå. Identifierade risker följs upp genom kvartalsvisa sammanställningar, avvikelsehantering och analys av vårdutfall. Arbetsmiljö och patientsäkerhet betraktas som ömsesidigt beroende och risker i arbetsmiljön hanteras inom ramen för RKC:s arbetsmiljöarbete i samverkan mellan enhetschefer, skyddsombud och verksamhetschef.

Se resultat av HME hållbart medarbetar engagemang i kap. 5.

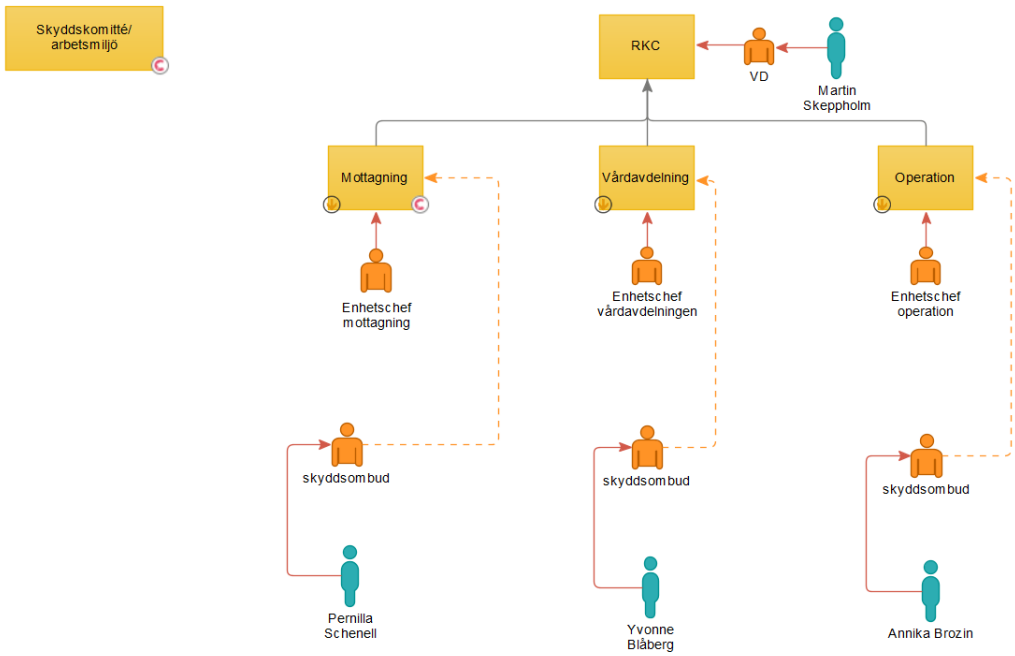


Bild: ***Organisation, skyddskommitté /arbetsmiljö.***

Resurser och kompetensförsörjning

För att säkerställa god tillgänglighet och patientsäker vård inom ramen för *Söker vård här och nu* arbetar RKC strukturerat med **strategisk resurs- och kompetensplanering** som en integrerad del av patientsäkerhetsarbetet. Arbetet syftar till att säkerställa tillräckliga resurser, rätt kompetens och en robust beredskap vid varierande vårdbehov.

Verksamheten har möjlighet att **flexibelt förstärka bemanningen genom timanställda medarbetare**, vilket skapar handlingsutrymme vid ökat vårdbehov eller oförutsedda händelser. Vid behov kan även **personalresurser omfördelas inom organisationen** för att säkerställa ett effektivt resursutnyttjande och bibehållen vårdkvalitet.

För att stärka den långsiktiga kompetensförsörjningen prioriteras **riktad nyrekrytering av specialiserad kompetens** och användning av hyrpersonal och konsulter undviks i möjligaste mån. Detta bidrar till kontinuitet, följsamhet till interna rutiner och en stabil arbetsmiljö.

Genom **strategisk planering av vårdbehov och resurser** identifieras kritiska områden i verksamheten i syfte att säkerställa tillgänglighet, patientsäkerhet och en snabb och adekvat respons inom ramen för *Söker vård här och nu*.

4.4 Riskhantering

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. RKC riskanalysarbete utgår från det egna ledningssystemet och *Handboken för Risk- och händelseanalys* från SKR.

Riskanalys

Under 2025 genomfördes 3 riskanalyser

Under året genomfördes totalt tre riskanalyser kopplade till verksamhetsförändringar och arbetsmiljö. Riskanalyserna avsåg introduktion av flera nya kirurger samt förändringar i arbetssätt och metoder.

En riskanalys genomfördes inför införandet av rotblockader med ultraljud, med tillhörande möte. Uppföljning planerades och genomfördes en månad efter start.

Vidare genomfördes en riskanalys med tillhörande möte inför införandet av dagkirurgiska dekompressioner, i syfte att identifiera och förebygga risker för patient och personal samt säkerställa en trygg implementering.

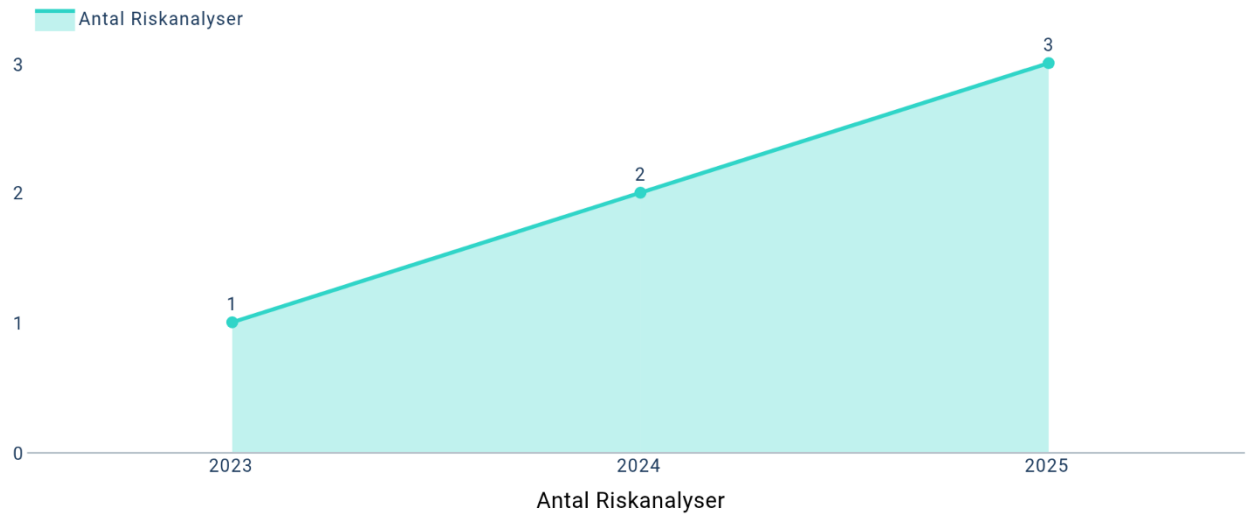


Bild: ***Antal riskanalyser per år från 2023–2025. 2025 gjordes 3 riskanalyser.***

Riskbedömning i Riskmatrisen:

I vårt riskanalyssystem registreras risker i en riskmatris med utgångspunkt i en etablerad riskklassificering. Här presenteras riskerna för **RKC 2025 n =171.** Efter en grundlig analys av de avvikelser som diskuterats på olika forum, såsom APT, klinikråd samt på avvikelsemöten, överförs riskerna till riskmatrisen. Denna process fångar upp riskerna och leder till förändringar av rutiner samt åtgärder för att förhindra upprepning – delvis genom proaktiva insatser. Målet är att identifiera och förebygga vårdskador i verksamheten, vilket kräver ett medvetet förhållningssätt till risker och en djup förståelse för vad som pågår i verksamheten. I riskmatrisen erhåller vi en översikt över risker som bedöms som kritiska, betydande, medium eller lågt värderade.

period	Risker	låg	medium	hög	Kritisk
2025	171	49	44	19	0

Tabell: ***risker i riskmatrisen 2025. Klassificering utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Under 2025 bearbetades 171 olika risker.***

För att besluta vilka som är verksamhetens betydande risker används schemat nedan.

Beskrivning av Sannolikhet

Beskrivning av Allvarlighetsgrad

För att besluta vilka som är verksamhetens betydande risker används schemat nedan.

Riskvärde	Instruktion
Låg (1–4)	Processen utvärderas årligen för att säkerställa att värdet är konstant eller mindre
Medium (6–8)	Processen ses över och eventuella åtgärder vidtas för att minska riskerna genomförändring av rutiner och PM.
Hög (8–9)	Processen ses över och åtgärder vidtas för att minska riskerna genom förändring av rutiner och PM
Kritisk (12–16)	Processen stoppas. Nödlägesrutin aktiveras där processen utreds av utsedd ad. hoc grupp och nya rutiner tas fram innan processen återupptas.

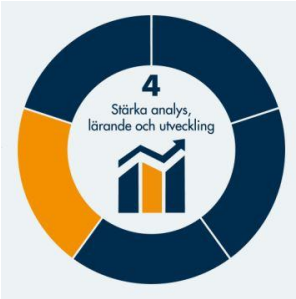
4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en central del av det fortlöpande patientsäkerhetsarbetet. Genom att använda resultat för att förstå vad som bidrar till säkerhet, kvalitet och hållbara arbetssätt kan verksamheten utvecklas och risken för vårdskador minska.

RKC registrerar, följer upp och analyserar skador i verksamhetens interna egenkontrollsystem. Vid avvikelser eller identifierade skador ses rutiner över och förbättringsåtgärder vidtas. Journalgranskning av vårdrelaterade infektioner och postoperativa komplikationer genomförs kontinuerligt.

Journalgranskning

Kvalitetsansvarig genomför regelbunden journalgranskning i Medrave. Varje kvartal sammanställs data avseende kända kirurgiska komplikationer såsom vårdrelaterade infektioner, blödningar och embolier. Resultaten redovisas kvartalsvis och vid klinikdagar. Vid behov genomförs även fördjupade analyser av patienter som vårdats vid andra sjukhus efter komplikationer, vilka återkopplas till klinikledningen.



Postoperativ uppföljning

RKC har fortsatt att utveckla det förlängda postoperativa omhändertagandet genom den postoperativa sjuksköterskemottagningen. Uppföljningen bidrar till kontinuitet, ökad överblick och tidig upptäckt av komplikationer.

Under 2025 uppgick antalet fysiska besök till 678. Antalet omläggningar var 664, motsvarande 97,9 % av besöken, vilket visar på ökad följsamhet till verksamhetens policy om fysisk uppföljning av patienter med postoperativt sår och omläggningsbehov. Antalet telefonuppföljningar minskade från 372 under 2024 till **275 under 2025**, vilket analyseras som ett resultat av ökad andel fysiska besök och förbättrade förutsättningar för klinisk bedömning och omvårdnad.

Statistik från postop-mottagningen visar samtidigt stabila fysiska besök (676 under 2024 och 678 under 2025) samt en ökning av bokade telefonuppföljningar via TeleQ från i genomsnitt 619 till 660 samtal per kvartal. Detta indikerar ett fortsatt behov av strukturerad telefonrådgivning parallellt med mottagningsverksamheten.

Den postoperativa sjuksköterskan fungerar som en central länk mellan patient och läkare med fokus på smärtregim, förebyggande av komplikationer och avancerad sårvård. Förekomsten av postoperativa infektioner följs upp genom patientenkäter i FRISQ och resultaten används i det fortsatta förbättringsarbetet i enlighet med Stramas riktlinjer.

Den samlade uppföljningen av fysiska besök, telefonkontakter och omläggningar utgör ett viktigt underlag för analys, lärande och utveckling av arbetssätt med fokus på patientsäkerhet och kvalitet.

Postop mottagning			
Besök och telefon	Antal fysiska besök	Antal bokade telefonuppföljningar	m= samtal per kvartal via Tele Q
2024	676	372	619
2025	678	275	660

Tabell: ***Uppföljning postoperativ sjuksköterskemottagning. Mottagningsverksamhet innefattar besök och telefonkontakt***

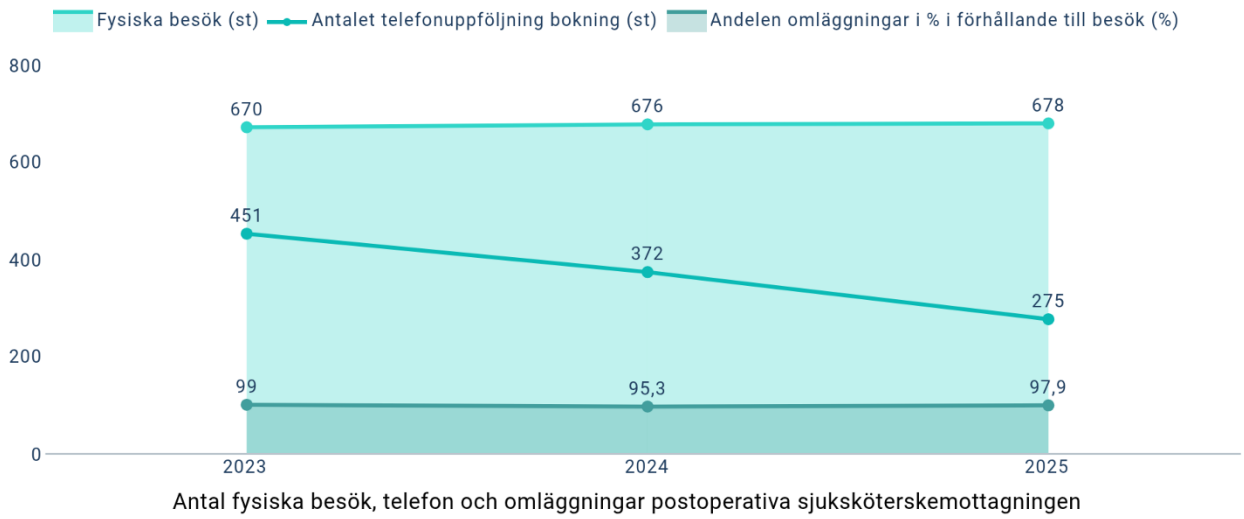


Diagram: ***Antalet besök till postoperativa mottagningen i relation till antalet omläggningar och telefonbokningar 2025.***

Nationella kvalitetsregister

I Sverige finns flera nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden i hälso- och sjukvården. Registren används för förbättringsarbete, uppföljning, forskning och nationella jämförelser. RKC rapporterar till svenska ryggregistret (Swespine). Kliniken har sedan 2017 deltagit i uppföljning av medicinska resultat efter 1, 2, 5 och 10 år. Under året har ettårsuppföljningar analyserats, vilket möjliggör jämförelse med nationella resultat. Resultaten redovisas i *kapitel 4:1*.

4.6 Avvikelser

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet, genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Varje medarbetare informeras om sin skyldighet att rapportera händelser som har orsakat eller skulle kunna ha orsakat vårdskada genom avvikelsehanteringssystemet Centuri. Enhetschefer och ansvariga för avvikelsehantering uppmuntrar medarbetare att även rapportera avvikelser vid dagliga avstämningar och reflektioner under arbetsplatsträffar samt genomgångar. Genom att rapporterade avvikelser och tillhörande utredningar återkopplas vid möten på alla nivåer inom RKC (från arbetsplatsträffar till ledningsmöten) får dessa rapporter en allt större betydelse inom patientsäkerhetsarbetet.

Utdatan från avvikelsesystemet följs på både verksamhets- och lokal nivå, inklusive antalet händelser, om händelsen involverar patientklagomål eller vårdskada samt typen av händelse. Inom RKC är det avvikelsegruppen och ansvariga för avvikelsehantering som ger stöd till enhetschefer i

det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att analysera och återkoppla analyserad information om avvikelser till ledningsgruppen. Klagomålshantering och händelseanalyser behandlas både inom och utanför avvikelsegruppen på enheterna

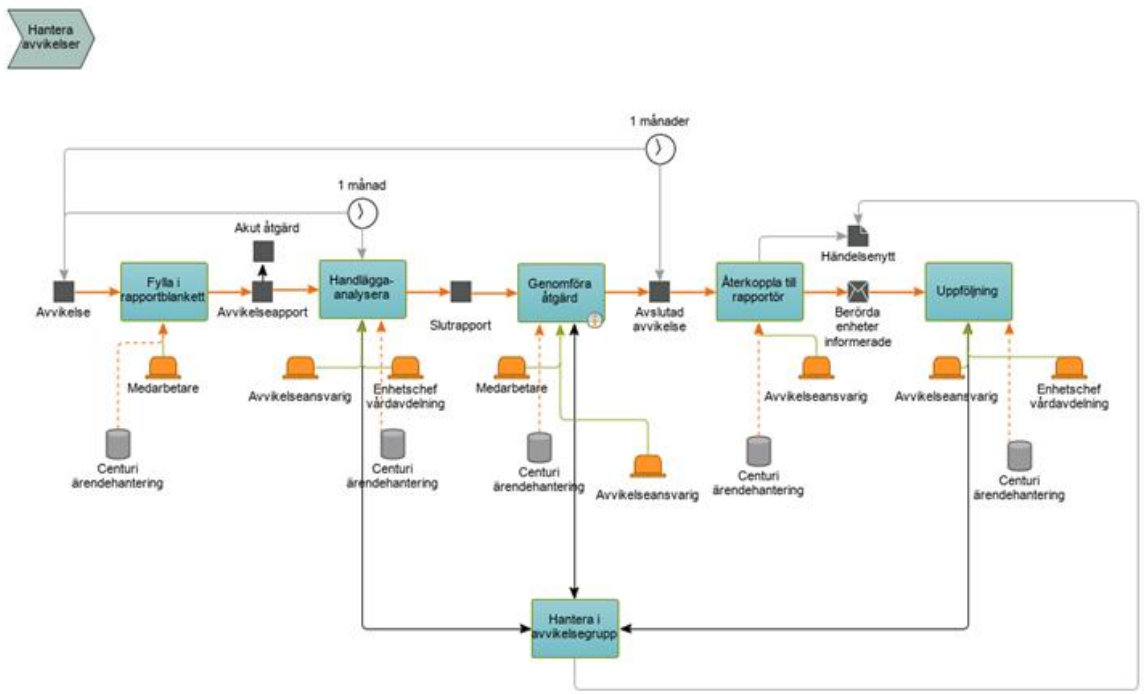


Bild: ***Avvikelseprocess.***

Det råder en övergripande medvetenhet om risker i arbetet och patientsäkerhetsarbetet bygger på lärdomar från både framgångar och de tillfällen då något gått mindre väl. Totalt inkom 171 avvikelserapporter från medarbetare vid RKC under 2024, varav 11 av dessa innefattade förbättringsförslag. Syftet med förbättringsförslagen är att optimera processer, stärka patientsäkerhetsarbetet och proaktivt förebygga händelser. Avvikelserna klassificeras enligt risk, tillbud, allvarligt tillbud eller förbättringsförslag.

Majoriteten av avvikelserna härstammar från vårdavdelningen och operationsenheten, där vårdprocesserna anses vara mest komplexa och riskerna störst.

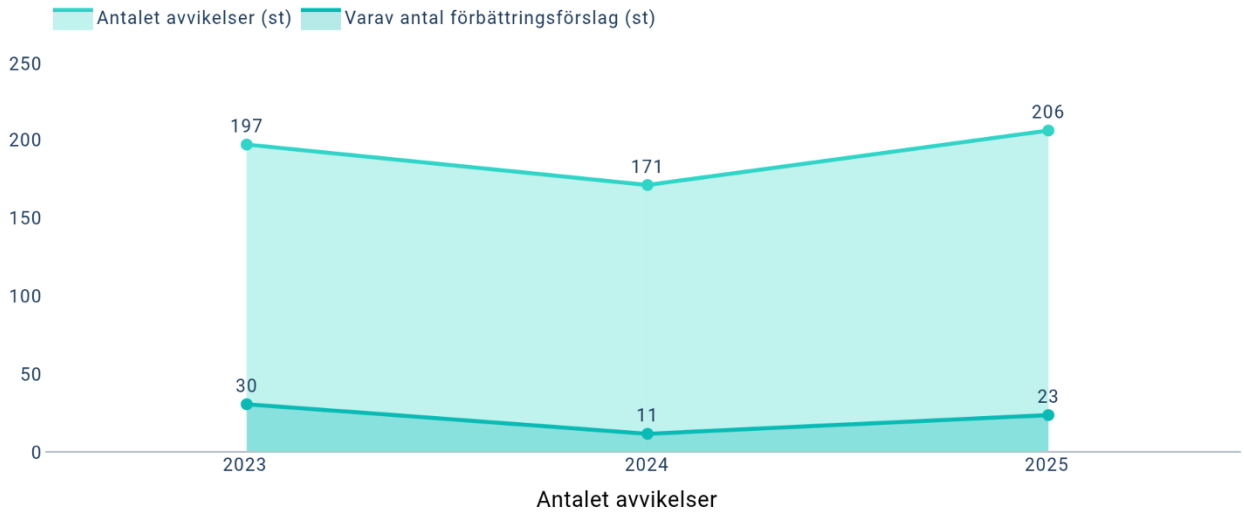
Vi ser positivt på ökad rapportering eftersom detta i sig kan öka säkerheten inom vården. Genom att noga utreda och åtgärda avvikelser kan vi identifiera och minska eventuella brister och därmed reducera riskerna. En ökad benägenhet att rapportera oönskade händelser och att öka riskmedvetenheten är väsentliga bidrag för att stärka vår säkerhetskultur.

Sammanställning av avvikelser 2025

Under 2025 registrerades totalt 229 ärenden inom Ryggkirurgiskt Centrum. Av dessa utgjordes 18 av förbättringsförslag. Majoriteten avsåg risker och tillbud, medan antalet allvarliga tillbud var lågt (3) och inga miljöavvikelser rapporterades.

Totalt antal avvikelser – inrapporterat (alla enheter)	
Kvartal	Totalt – inrapporterat
Q1 2025	56
Q2 2025	38
Q3 2025	50
Q4 2025	85
Summa 2025	229

Tabell: ***Antal avvikelser, fördelning och klassificering av avvikelser per enhet 2025.***



Totalt ***Antal registrerade ärenden 2023–2025. 2025 n= 229 varav avvikelser n=.206 Enheterna har lämnat sammanlagt 23 förbättringsförslag.***

Enhet	Stadie	Genomsnittlig tid i dagar
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Handläggning	27
Vårdavdelning	Handläggning	51
Operation	Handläggning	15
Mottagning	Handläggning	17
Ryggkirurgiskt Centrum AB	Utredning	18
Vårdavdelning	Utredning	29
Operation	Utredning	13
Mottagning	Utredning	13

Tabell: ***Handläggnings-och utredningstiden för avvikelser per enhet och totalt. m= 27 dagar. Mål >30 dagars total handläggningstid.***

Allvarliga tillbud 2025

Under året har RKC efter omklassificering av avvikelsehandläggare haft 3 allvarliga tillbud. Vi har utrett alla ärendena separat och funnit anledning att genomföra en händelseanalys.

Medicinteknisk produkt som orsakar arbetsskada
Allvarligt röntgenfynd meddelas ej kliniken
Fallolycka som orsakar fraktur

Tabell: ***Allvarliga tillbud 2025 n=3***

KPI	Kommunikation	Felbehandling	Läkemedel	Dokumentation	Fysisk skada	Annat	Totalt
Patient	15	7	16	7	15	19	79
Kvalitet	3	0	3	1	0	3	10
Patientsäkerhet	6	2	22	10	0	28	68
Hygien	1	0	0	0	0	12	13

Tabell: ***Typ av område patientavvikelse.***

Avvikelsegruppen har under **2025 hållit totalt åtta möten**. Arbetet har haft fokus på analys av inkomna avvikelser och identifiering av förbättringsområden med syfte att stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Under året har flera områden diskuterats, bland annat eftervårdsplanering för patienter med behov av längre vårdtid på andra enheter, förbättrad läkemedelshantering inklusive uttrappning samt

behov av uppdaterade och tydligare PM och rutiner. Avvikelser kopplade till material, lokaler och patienters svårigheter att hitta inom verksamheten har också analyserats.

Ett återkommande fokusområde har varit patientinformation och kommunikation. Arbetet har omfattat åtgärder för att minska utskrivningsmaterial i pappersform, förbättra och tydliggöra informationstexter i FRISQ samt hantera avvikelser kopplade till patienters upplevda brister i kommunikation.

Avvikelsearbetet har bidragit till ett mer strukturerat förbättringsarbete och utgör ett viktigt underlag för fortsatt utveckling av rutiner, arbetssätt och kommunikation inom verksamheten.

Bild: ***Delar av avvikelse/förbättringsgruppen.***

LÖF, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag

LÖF är ett rikstäckande försäkringsbolag vars huvuduppgift är att försäkra de vårdgivare som finansieras av regionerna. LÖF:s uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som enligt lagens mening fått en patientskada vid undersökning, vård eller behandling samt att bidra till att antalet skador i vården minskar.

Under 2025 inkom 28 anmälningar till LÖF gällande RKC. Alla som arbetar inom vården strävar efter att ge patienten bästa möjliga vård. Ändå inträffar det tyvärr ibland skador och felbehandlingar som kan komma att klassificeras som patientskador. För situationer då en patientskada uppstår i samband med hälso- och sjukvården kan LÖF erbjuda ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen. Patientskador utreds såväl av RKC (om de gäller den egna kliniken), men även av LÖF som bedömer ärendet tillsammans med hjälp av sina egna medicinska rådgivare.

Eventuell ersättning vid en godkänd patientskada kan utbetalas som flera olika poster beroende på patientskadans förlopp. Till exempel innebär "sveda och värk" ersättning för det ökade lidande som uppstår under akuttiden till följd av patientskadan, men inte för den akuttid som tillskrivs grundskadan. Ibland ersätts även kostnader där patientskadan medför ökade utgifter utöver grundskadan. Eventuella kvarstående besvär eller invaliditet till följd av en patientskada brukar som regel bedömas ungefär ett år efter patientskadans akuttid har avslutats.

En del av de LÖF-ärenden som inkommer till RKC är kompletteringar till patientskador till följd av undersökning, vård eller behandling utförd på andra enheter. Kompletteringar i form av journalhandlingar tillhörande patientskador som inte inträffat på RKC belastar inte vår statistik.

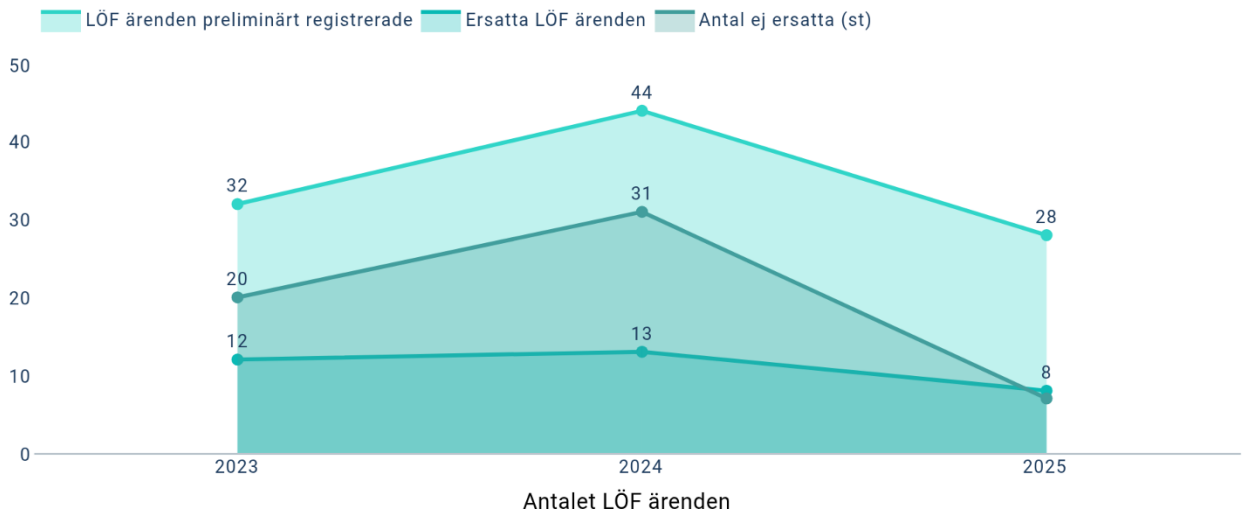


Diagram: ***Antal preliminära LÖF ärenden 2023–2025, 2025 n=28.***

LÖF	Antal anmälningar	Ersatta	ej ersatta	ej hanterade ännu
Anmälningsår 2023	32	12	20	0
Anmälningsår 2024	44	13	31	0
Anmälningsår 2025	28	8	7	13

Tabell: ***Antalet ärenden, hanterade, ej hanterade, eller ersatta under 2023–2025.***

Vi observerar en minskande trend av antalet anmälningar till LÖF.

Patienter har ibland anmält detta till flera instanser varför det ibland kan finnas dubbelregistreringar. Dessa patienter dokumenteras även i våra egna komplikationsregister.

Utvecklingen av antalet LÖF-anmälningar bedöms i relation till övriga patientsäkerhetsindikatorer och utgör ett underlag för fortsatt förbättringsarbete inom verksamheten.

IVO och Lex Maria

RKC har som vårdgivare ansvar för att utreda och vidta åtgärder när en patient drabbats av vårdskada eller har utsatts för risk för vårdskada. Dessa händelser ska, om de bedöms vara allvarliga, också enligt HSLF-FS 2017:40 och HSLF-FS 2017:41 samt Patientsäkerhetslagen 2010:659 anmälas enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid utredning av allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser är syftet bland annat att det ska leda till adekvata åtgärder som förbättrar patientsäkerheten och därmed minskar risken för vårdskada.

Under 2025 har två beslut från tidigare anmälningar inkommit och delgivits verksamheten. Båda besluten visar att RKC gjort vad som ålagts i hänsyn till patientsäkerhet och rutiner. I båda klagomålen motiverar IVO ingen ytterligare åtgärd och därför

avslutas ärendena. IVO finner att den medicinska handläggningen utfördes i enlighet med 6 kap. 1 § PSL. Av bestämmelsen framgår att patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso-och sjukvård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tre anmälningar har inkommit under 2025. En rör inte vår verksamhet utan innefattade informationsinhämtande.

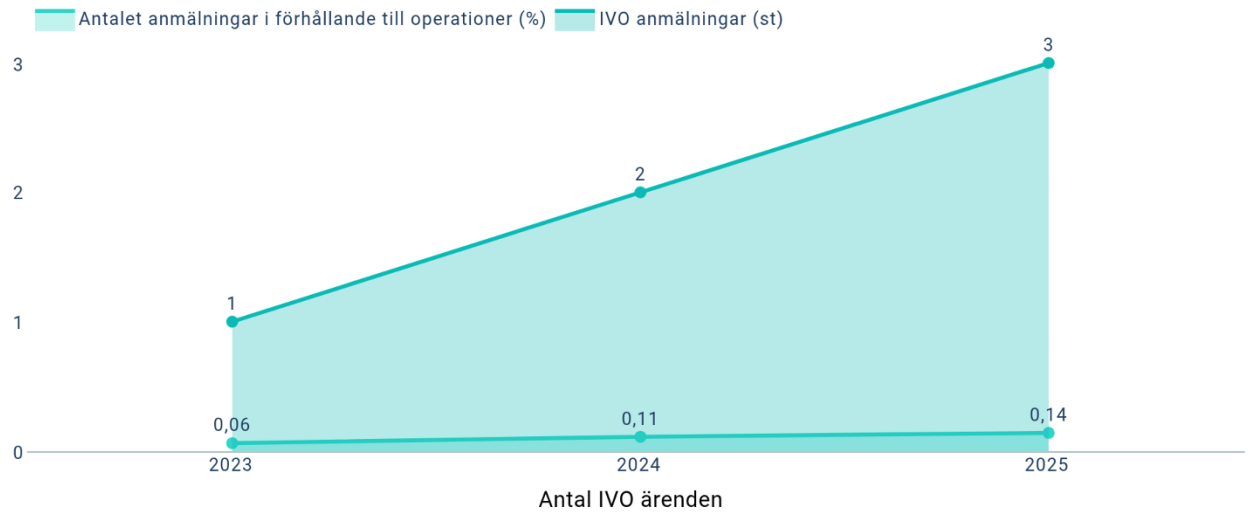


Diagram: ***Antal IVO ärenden per år (2023–2025).***

Händelseanalyser

RKC genomför händelseanalyser i det nationella webbaserade IT stödet för händelseanalys, Nitha. Syftet med Nitha är att effektivisera händelseanalyserna, att öka kvaliteten och att bidra till lärande genom Nitha kunskapsbank.

Händelseanalyser görs som del i vårdskadeutredningar vid mer komplexa allvarliga händelser som ofta berör flera verksamheter. Nästan årligen görs större eller mindre händelseanalyser. En muntlig uppföljning av händelsen sker alltid inom några dagar och möjlighet till debriefing och samtal upprättas.

När händelseanalysen är gjord och delgiven samtliga på RKC aktualiseras en handlingsplan med åtgärder där bakomliggande orsaker analyserats. Vissa åtgärder har dock vidtagits omedelbart. Nedan presenteras de olika bakomliggande orsakerna som identifierats.

Under 2025 gjordes 1 händelseanalys på RKC.

Händelseanalys – missad vidimering vid tumörförändringar

En händelseanalys genomfördes med anledning av att tumörförändringar hos en patient inte uppmärksammades i rätt tid. Analysen visade att röntgenkliniken inte tog kontakt med verksamheten enligt gällande rutin för fynd som kräver skyndsam uppföljning. Samtidigt missades vidimeringen av röntgensvaret internt, vilket innebar att avvikande fynd inte fångades upp i det

ordinarie granskningsflödet.

Händelsen bedömdes bero på brister i både kommunikation och följsamhet till rutiner. Analysen har tydliggjort vikten av att kritiska röntgenfynd alltid kommuniceras muntligt från röntgenkliniken samt att interna rutiner för vidimering efterlevs och följs upp.

Åtgärder har identifierats och vidtagits för att minska risken för upprepning, bland annat genom tydliggörande av ansvar, förbättrad uppföljning av vidimering samt ökad medvetenhet kring hantering av avvikande och allvarliga fynd. Händelsen har använts som lärande i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

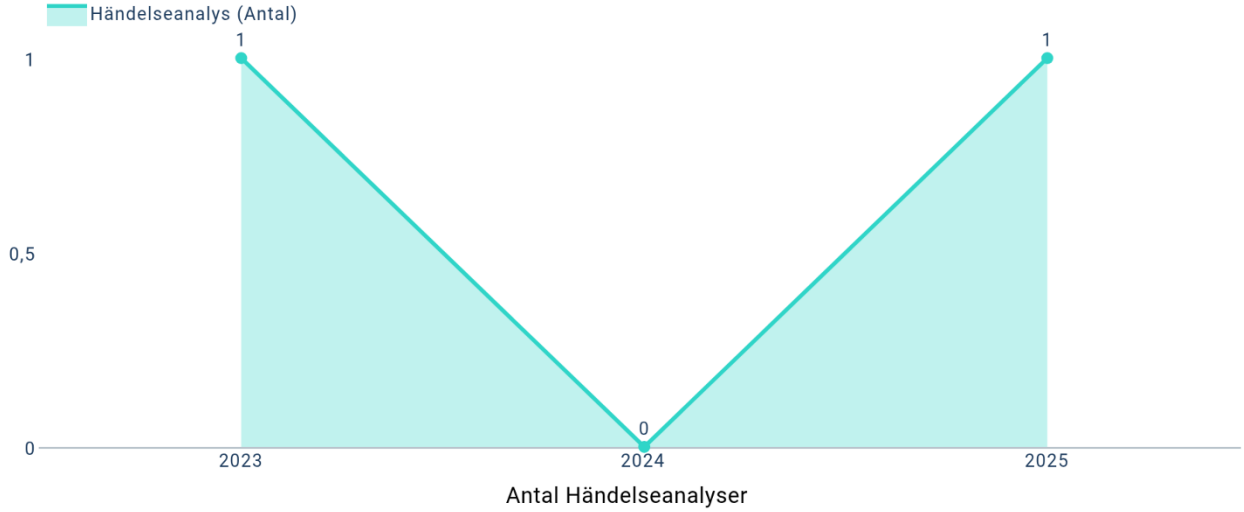


Diagram: ***Antal händelseanalyser 2023–2025.***

4.7 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter på vården från patienter och närstående tas emot både muntligt och skriftligt på alla nivåer inom RKC. Kommunikation sker främst via 1177, brev, telefon, Key For Care samt i samband med återbesök. Klagomål, beröm och förbättringsförslag hanteras av Kvalitetsansvarig, förbättringsgrupp och ledning.

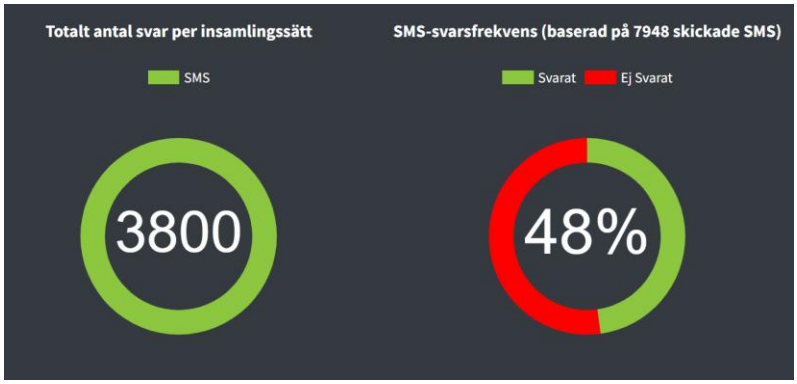
Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt. Patienternas upplevelser av vård, bemötande och tillgänglighet utgör en central och lärorik kunskapskälla i verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Kundnöjdhet på mottagningen

Kvalitetsuppföljningen omfattar särskilt dimensionerna bemötande, delaktighet, information, vården/behandlingen, tillgänglighet samt övergripande nöjdhet och NPS (viljan att rekommendera verksamheten).

Via RKC:s kundportal lämnar patienter synpunkter på öppenvårdsverksamheten, inklusive

förbättringsförslag och beröm i fritext. Under 2025 besvarade 3 800 patienter enkäten av totalt 7 948 utskick, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 48 %.



Opererade patienter inom slutenvårds- och dagkirurgisk verksamhet följs automatiskt upp via FRISQ efter 7, 30 och 90 dagar. Rapporter sammanställs månadsvis och delges samtliga medarbetare.

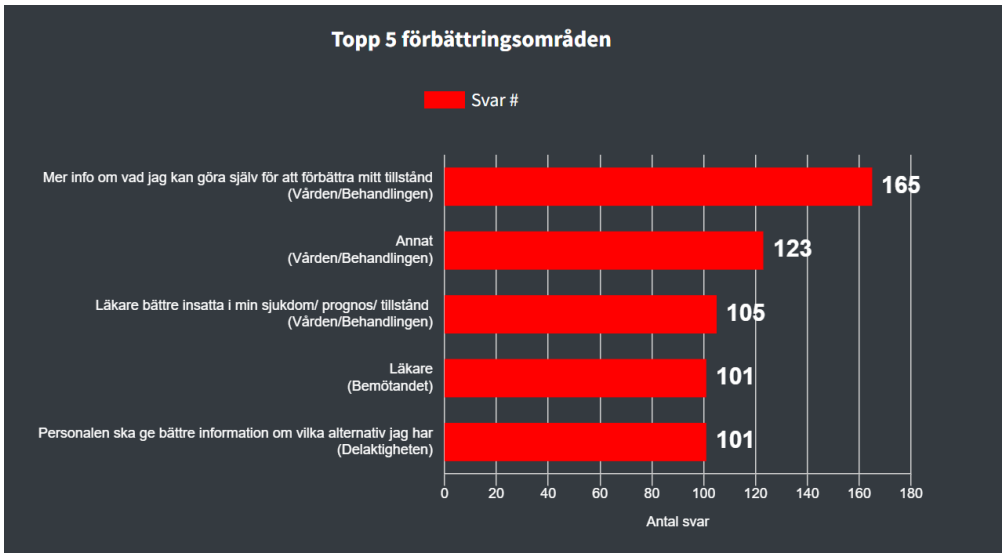


Bild: Olika förbättringsområden

Kvartal	Antal förslag	Kommentar
Q1 2025	ca 165	Mycket fokus på väntetider och kommunikation.
Q2 2025	ca 130	Fortsatt många om tillgänglighet, men förbättrat bemötande.
Q3 2025	ca 114	Fler positiva omdömen, särskilt om bemötande och vård.
Q4 2025	ca 150	Större spridning i upplevelse, tydligt fokus på information och bemötande

Kvartalsvis analys av förbättringsförslag

Q1

Totalt antal förbättringsförslag: ca 165
Dominerande kategori: Tillgänglighet

Q1 präglas av frustration över väntetider och bristande återkoppling. Patienterna uttrycker stort förtroende för den medicinska kompetensen men efterfrågar tydligare kommunikation, jämnare bemötande och bättre struktur kring nästa steg i vårdprocessen.

Åtgärder utifrån förbättringsförslag Q1

(Fokus: tillgänglighet, kommunikation och tydlighet)

Mot bakgrund av återkommande synpunkter på väntetider, otydlig information och bristande återkoppling har följande åtgärder genomförts:

Tydligare information i kallelser, bland annat avseende busslinjer, hållplatser och praktiska förutsättningar inför besöket.

Förtydligad information på hemsidan kring hur patienter kan förbereda sig inför sitt första läkarbesök.

Förbättrad information om fysisk förberedelse inför operation samt möjlighet till digitalt besök vid lång resväg.

Q2 Förbättrad struktur, fortsatt tillgänglighetsutmaning

Totalt antal förbättringsförslag: ca 130
Dominerande kategori: Tillgänglighet, med ökat fokus på bemötande

Q2 visar en förbättring i upplevelsen av bemötande, samtidigt som tillgänglighet och återkoppling fortsatt är centrala förbättringsområden. Patienterna uppskattar den digitala utvecklingen via FRISQ men efterfrågar personlig kontakt vid uppföljning.

Åtgärder utifrån förbättringsförslag Q2

(Fokus: tillgänglighet, uppföljning och kommunikationsvägar)

Utifrån fortsatt högt tryck på tillgänglighet och behov av tydligare kontaktvägar har följande förbättringar genomförts eller påbörjats:

Genomförda förbättringar av telefonväxeln i samarbete med TeleQ, inklusive färre val i telefonmenyn och optimerat inflöde för postoperativa samtal.

Utökning av tillgängliga telefontider, vilket i uppföljande mätningar visat förbättrade resultat.

Planering för införande av ärendehantering via 1177 för samtliga yrkeskategorier samt tydligare separerade val för snabbare och mer ändamålsenlig hantering.

Q3 – Fokus på upplevelse och kontinuitet

Totalt antal förbättringsförslag: ca 115
Dominerande kategori: Bemötande och vården/behandlingen

Q3 visar en tydlig kvalitativ förbättring i patientupplevelsen. Patienterna upplever ökad trygghet och nöjdhet, samtidigt som behov av bättre uppföljning och kontinuitet i vårdkedjan kvarstår.

Åtgärder utifrån förbättringsförslag Q3

(Fokus: bemötande, patientcentrerad vård och kontinuitet)

I takt med att förbättringsförslagen i större utsträckning rörde upplevelse, bemötande och delaktighet har följande åtgärder genomförts:

Föreläsning om bemötande och patientcentrerad vård i samband med konferens, vilket bidragit till förbättrad upplevelse av bemötande och ökad patientnöjdhet.

Riktad information till läkargruppen om vikten av aktivt lyssnande, tydlig kommunikation, att inge hopp samt att undvika nedlåtande eller avfärdande kommentarer.

Klagomål om olämpligt beteende har lyfts och hanterats enligt gällande rutiner för vidare åtgärd.

Q4– Fördjupade förbättringsförslag och större spännvidd

Totalt antal förbättringsförslag: ca 150
Dominerande kategori: Information, bemötande och tillgänglighet

Q4 kännetecknas av mycket hög nöjdhet hos majoriteten, men också av tydliga synpunkter från en mindre grupp med upplevda brister i information, bemötande och upplevd tid i mötet. Förväntningarna inför specialistbesök är höga och påverkar upplevelsen starkt.

Åtgärder utifrån förbättringsförslag Q4

(Fokus: information, helhetssyn, praktiska förbättringar och medicinsk säkerhet)

Q4 synliggjorde behov av ytterligare tydlighet i information, förbättrad helhetssyn samt vissa praktiska och medicinska säkerhetsaspekter. Följande åtgärder har vidtagits:

Förbättrad möjlighet att förse patienter som hamnar fel med karta över området samt tydligare beskrivning av hur man hittar till mottagningen.

Klargörande av att fysioterapeuter inte får ge läkemedelsråd, i syfte att stärka patientsäkerheten.

Påminnelse och information till läkare om vikten av att läsa och ta del av remisshandlingar inför besök för att säkerställa god förberedelse och helhetssyn i mötet med patienten.

Samlad bedömning av genomförda åtgärder

Åtgärderna under 2025 visar ett tydligt samband mellan inkomna förbättringsförslag och genomförda förbättringsinsatser. Genom att systematiskt analysera patienternas synpunkter per kvartal har verksamheten kunnat prioritera rätt åtgärder vid rätt tidpunkt. Detta har bidragit till förbättrad tillgänglighet, stärkt bemötande, ökad tydlighet i information samt förbättrad patientsäkerhet och patientupplevelse.

Övergripande resultat av kundundersökning 2025

Helårsanalysen visar en stabil och mycket hög patientnöjdhet med positiv utveckling inom bemötande, vårdkvalitet och patientdelaktighet. Tillgänglighet och återkoppling kvarstår som de mest frekventa förbättringsområdena, medan information och helhetsperspektiv framträder tydligare under Q4.

Total nöjdhet: **92 %** (oförändrat)

Dimensionsnöjdhet: **82 %** (stabil)

NPS: **74** (+1), vilket indikerar mycket hög patientlojalitet

Antal svar: **3 800** (+474 jämfört med föregående år)

Resultat per dimension:

Bemötande: 95 %

Tillgänglighet: 94 %

Information: 92 %

Delaktighet: 92 % (+1)

Vård/behandling: 86 % (+2)

Sammantaget visar resultaten på en robust verksamhet med hög kvalitet och ett fortsatt starkt engagemang från patienterna. Analysen utgör ett viktigt underlag för fortsatt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2026, med fokus på kommunikation, delaktighet, kontinuitet och helhetssyn i vårdkedjan.

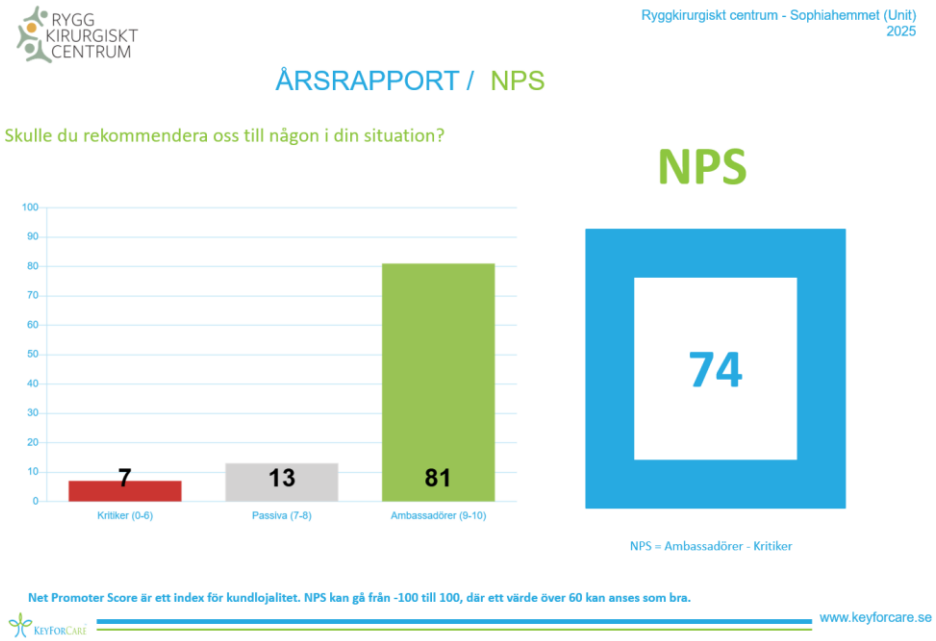


Bild: ***NPS på mottagningen på RKC 2025. Medelvärdet på RKC var 74 i förhållandet till målvärde >70 enligt riktlinjer framtagna av verksamheten.***

NPS värden ligger mellan -100-+100. Poäng högre än 0 anses vanligtvis vara bra och poäng över 50 anses vara utmärkta. Så NPS ska inte förväxlas med våra traditionella ”nöjdhetsindex” som ju ofta ligger väl över 90% i privat bedriven sjukvård

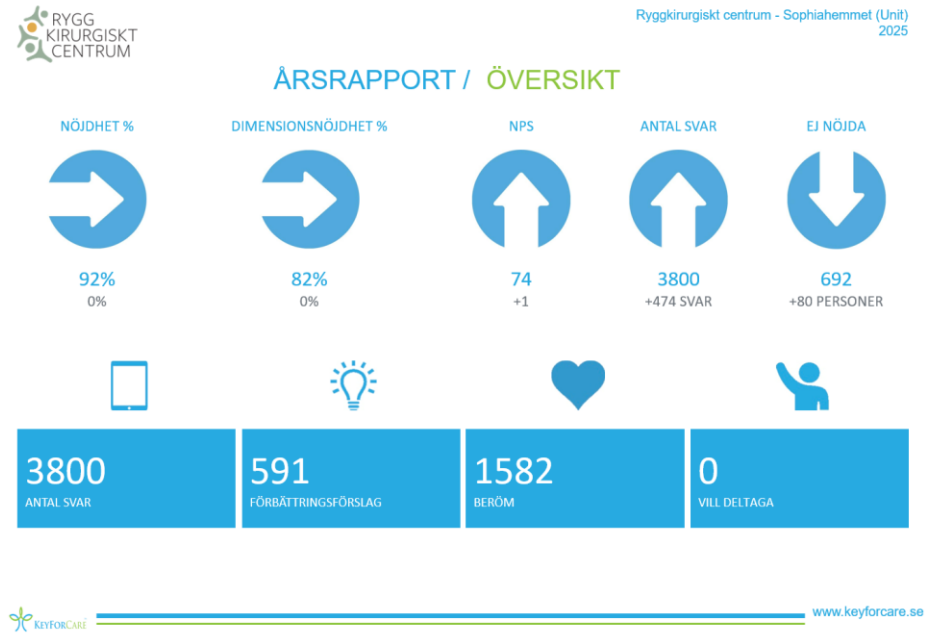


Bild: ***Sammanställning av nöjdhet och dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2025.*** *Nöjdhet 92%, dimensionsnöjdhet 82%, NPS 74. Totalt antal svar 3800 varav 7948st utskick. Svarsfrekvensen var 48%, ej nöjda 591 st.*

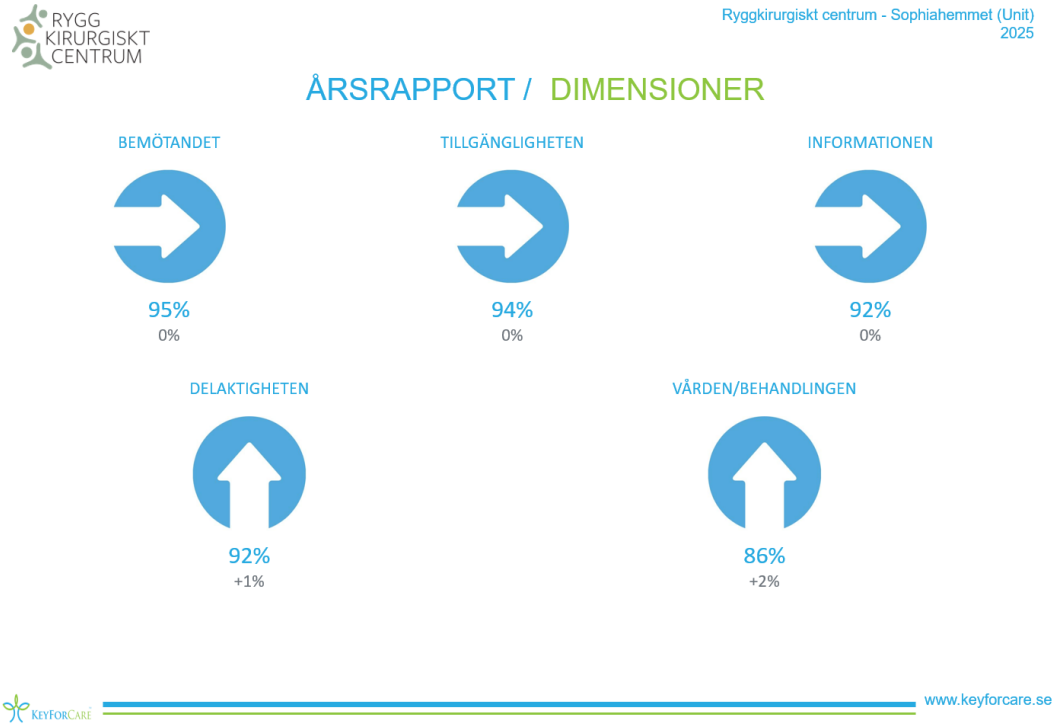


Bild: ***Dimensionsnöjdhet på mottagningen RKC 2025 utifrån kategori som delas upp i bemötande*** *(95%),* ***tillgänglighet*** *(94%),* ***information*** *(92%),* ***delaktighet*** *(92%) och* ***vård/behandling*** *(86%).*

Samtliga patienter kan ge feedback i fritext (beröm, förbättringsförslag) anonymt.

2025 Kundportal mottagningen	Antal
Antal utskick 2025	7948
Antal svar	3800
Svarsfrekvens	48%
Fritextsvar beröm och förbättringsförslag	2173

Tabell: ***Kundportal på mottagningen 2025.***

De förbättringar som har genomförts under 2025 baserat på patienternas feedback**.** Många av förbättringsförslagen är beröm.

Patientklagomål på 1177

Övriga förbättringsförslag som rapporteras från patienterna delges verksamheten via vår formella klagomålshanteringsprocess på 1177. Ärendena i 1177 är till stor del patienter som har opererats och saknar återkoppling eller är missnöjda med bemötandet. Ärenden hanteras av Kvalitetsansvarig och återkopplas till patient efter samråd med berörd medarbetare eller verksamhetschef.

Klagomål eller förbättringsförslag 1177 vårdguiden	Antal
Antalet individuella ärenden	35
Avslutade ärenden	35

Tabell: ***Antalet inkomna ärenden till Kvalitetsansvarig via 1177 2025 n=35.***

Patientnämnden (PaN)

PaN är en organisation eller enhet inom hälso- och sjukvården som fungerar som en oberoende instans för att hantera klagomål och synpunkter från patienter. Dess huvudsyfte är att stödja patienter och deras närstående genom att ge en plattform för att lösa problem, besvara frågor och förbättra kvaliteten på vårdtjänster. Patientnämnden arbetar ofta för att säkerställa att patienternas rättigheter respekteras och att de får den vård de har rätt till. Nedanstående problemområden används från och med 2019.

Patientnämndens ärenden 2025

Under 2025 har **nio individuella ärenden** från Patientnämnden (PaN) delgivits Ryggkirurgiskt Centrum (RKC). Ett individuellt ärende avser ett ärende per patient. Patienten kan därefter kategorisera ärendet utifrån klagomålet. Verksamhetschefen på RKC ansvarar för att svara på inkomna ärenden efter utredning tillsammans med Kvalitetsansvarig. Detta för att säkerställa att varje klagomål och synpunkt hanteras på ett effektivt och transparent sätt.

De inkomna ärendena under året har huvudsakligen rört **vård och behandling, postoperativa komplikationer och uppföljning, dokumentation och sekretess samt kommunikation och bemötande**. Några ärenden har gällt **journal och informationshantering**, exempelvis synpunkter på utskick av patientuppgifter via post samt upplevt felaktiga journalanteckningar, där vårdgivaren utrett, förtydligat och vid behov justerat formuleringar i journalen. Flera ärenden har handlat om **upplevda brister efter ryggoperation**, såsom nytillkommen svaghet eller nervpåverkan, infektion och kvarstående smärtproblematik samt svårigheter att få stöd kring rehabilitering och hjälpmedel. I yttranden har vårdgivaren redogjort för genomförda bedömningar och uppföljningar samt identifierat förbättringsområden. Detta har bland annat lett till att rutiner för **uppföljning och bokning** för patienter med nytillkomna bortfall eller behov av tidigt rehabiliteringsstöd setts över för att skapa ett mer strukturerat flöde och tydligare kommunikation. Det har även inkommit ärenden som rör **medicinsk bedömning/handläggning**, där en patient uppgett felaktig bedömning och en annan ifrågasatt varför operation inte kunnat erbjudas och att patienten hänvisats vidare (handläggning pågår).

Ärenden gällande **kommunikation och bemötande** hanteras alltid individuellt med inblandad

vårdutövare. När det framkommit att vi brustit i vårt åtagande leder dessa ärenden till rutinförändringar i verksamheten. På så sätt strävar vi ständigt efter att förbättra vår service och säkerställa en hög standard av vård och bemötande för våra patienter.

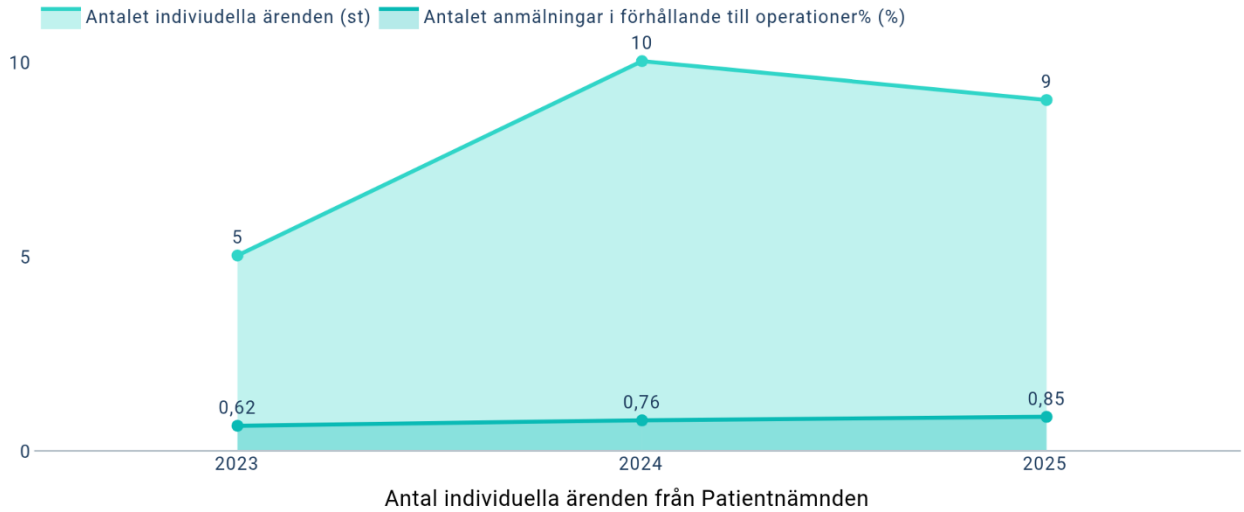


Diagram: ***Antal individuella klagomål PaN ärenden per år 2023–2025. Under 2025 kom det in 9 individuella patientklagomål från PaN till RKC. Totalt sett 9 klagomål i olika kategorier. Antal klagomål i förhållande till antalet operationer n=0,85%.***

Problemområde	individuella ärenden (patienter)	Delproblem	Antal
Administrativ hantering		Brister i hantering	1
Dokumentation och sekretess		Bruten sekretess/dataintrång	1
Dokumentation och sekretess		Patientjournalen	2
Kommunikation		Bemötande	2
Kommunikation		Delaktighet	1
Resultat		Resultat	5
Vård och behandling		Behandling	3
Vård och behandling		Undersökning/Bedömning	1
Vårdansvar och organisation		Fast kontakt vårdplan	1
Övrigt			1
Summa	**9**		**18**

Tabell: ***Antal individuella klagomål till PaN har delgivits RKC under 2025.***

* Observera att antal ärenden kan avvika från antal klagomål eftersom ett ärende kan innehålla upp till tre klagomål. Ett ärende kan också beröra flera vårdinrättningar.

4.8 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kompetensutveckling

RKC bedriver ett kontinuerligt arbete med kompetensutveckling för att säkerställa att medarbetarna har aktuell kunskap inom medicinska riktlinjer, patientsäkerhet och kommunikation.

Identifiering av riskområden

Identifiering och analys av riskområden sker löpande genom avvikelsehantering, journalgranskning och strukturerade mötesforum. Under året har särskilt fokus legat på läkemedelshantering och uttrappning, eftervårdsplanering för patienter med behov av längre vårdtid samt förbättring av PM och rutiner. Arbetet syftar till att förebygga vårdskador och minska sårbarhet i vårdprocesserna.

Under 2025 har samtliga medarbetare genomgått utbildning i hjärt-lungräddning (HLR) för att stärka beredskapen vid akuta situationer. Verksamheten har även genomfört klinikdagar med föreläsningar och workshops som fokuserat på patientsäkerhet, teamarbete, patientcentrerad vård, postoperativt omhändertagande och gemensamma värdeord. Dessa insatser bidrar till ökad samsyn, trygghet i yrkesrollen och förmåga att hantera riskfyllda situationer.

Kommunikation och patientinformation

Tydlig och strukturerad kommunikation är en central del av patientsäkerhetsarbetet. RKC arbetar med att förbättra patientinformationen, både muntligt och skriftligt samt att säkerställa informerat samtycke. Under 2025 har arbete pågått för att minska mängden utskrivningsmaterial i pappersform och förbättra texterna i FRISQ, i syfte att göra informationen mer tillgänglig, tydlig och enhetlig.

Optimerat informationsflöde och digitala stöd

Verksamheten använder digitala plattformar för att förbättra informationsflödet till patienter och mellan vårdgivare. Genom ökad användning av FRISQ stärks möjligheten till strukturerad information, uppföljning och lärande. Digitala verktyg bidrar till minskad risk för informationsbrister, förbättrad dokumentation och effektivare arbetssätt.

Dessa samlade åtgärder bidrar till ökad riskmedvetenhet, stärkt beredskap och en fortsatt utveckling

av patientsäkerhetsarbetet i en verksamhet som kontinuerligt anpassas till förändrade förutsättningar.

Under klinikdagen 2025 genomfördes föreläsningar och aktiviteter med fokus på:

- verksamhetens övergripande riktning, säkerhetskultur samt uppföljning av HSE/HME som grund för riskmedvetenhet
- förebyggande arbete kopplat till levnadsvanor med betydelse för operationsrisker och vårdutfall
- patientcentrerad vård och patientdelaktighet som en förutsättning för säker vård
- kommunikation och samsyn i den postoperativa vårdprocessen för att minska risken för missförstånd och vårdskador
- beredskap, struktur och agerande i pressade situationer genom utbildning med fokus på disciplin, samarbete och handlingsberedskap
- teamarbete och samverkan som en central del i att förebygga risker i det dagliga arbetet
- aktualisera våra gemensamma värdeord och deras betydelse för ett öppet klimat, där risker och avvikelser uppmärksammas och hanteras tidigt

5 RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Ryggkirurgiskt centrum, siffror och analys

Inledning

Efter att ha presenterat de tidigare rapporterade resultaten, riktar vi nu fokus mot annan viktiga kvalitetsdata på RKC. I detta avsnitt delar vi med oss av vårt engagemang för kvalitetssäkring och de kontinuerliga initiativ vi genomför för att förbättra våra tjänster och resultat. Genom att belysa kvalitetsdata som sträcker sig bortom tidigare rapporter, ger vi inte bara en överblick av vårt arbete utan betonar också den konkreta nyttan för både patienter och vår verksamhet. Här presenterar vi även vår långsiktiga strategi för kvalitetsförbättringar på RKC och hur den direkt bidrar till högre kvalitet och säkerhet.

Operationsplanering nytt system

Under året bytte verksamheten operationsplaneringssystem från Provisio till Kliniken 3, då Provisio avvecklades. Bytet har inneburit ett omfattande implementeringsarbete med inläsning, utbildning och återkommande möten. Arbetet har fokuserat på att anpassa systemet till verksamhetens behov samt att bygga in viktiga funktioner och strukturer som tidigare saknades eller bedömdes nödvändiga i samband med att nya metoder och tekniker införts i verksamheten. Anpassningarna har även syftat till att möjliggöra korrekt uppföljning och statistikinhämtning, vilket inte fullt ut varit möjligt i tidigare system.

Vårdgaranti

Mottagningsbesök inom 30dagar

CVR väntetider räknas på patienter som varit på mottagning eller operation och kommer från Region Stockholm eller regioner utanför Stockholm, EJ patienter som kommer i andra avtal. Ej försäkringsbolag varför summan under produktion inte stämmer med den totala.

CVR-kod / Vårdenhet		Vård inom vårdgarantin
10 491 (Ryggkirurgiskt Centrum)	Yrkeskategori	0–30 dagar
Grand total patienter 9102	Läkare	63%

Diagram: **Planerad Specialiserad Vård – Besök** *Andelen patienter som har väntat 0–30 dagar för sitt första besök i specialiserad vård på Ryggkirurgiskt Centrum under 2025. Resultaten visar att 63% av mottagningens besök uppfyller vårdgarantins krav.*

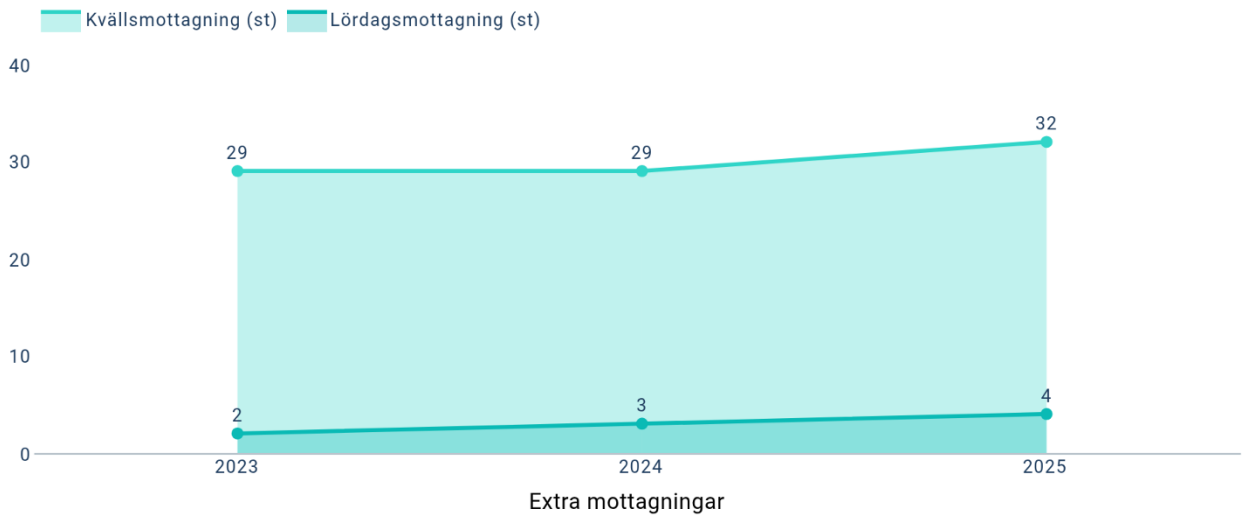


Diagram: ***Extra mottagningar 2023–2025. Antal under 2025 n=32 extramottagningar på lördagar n=4***

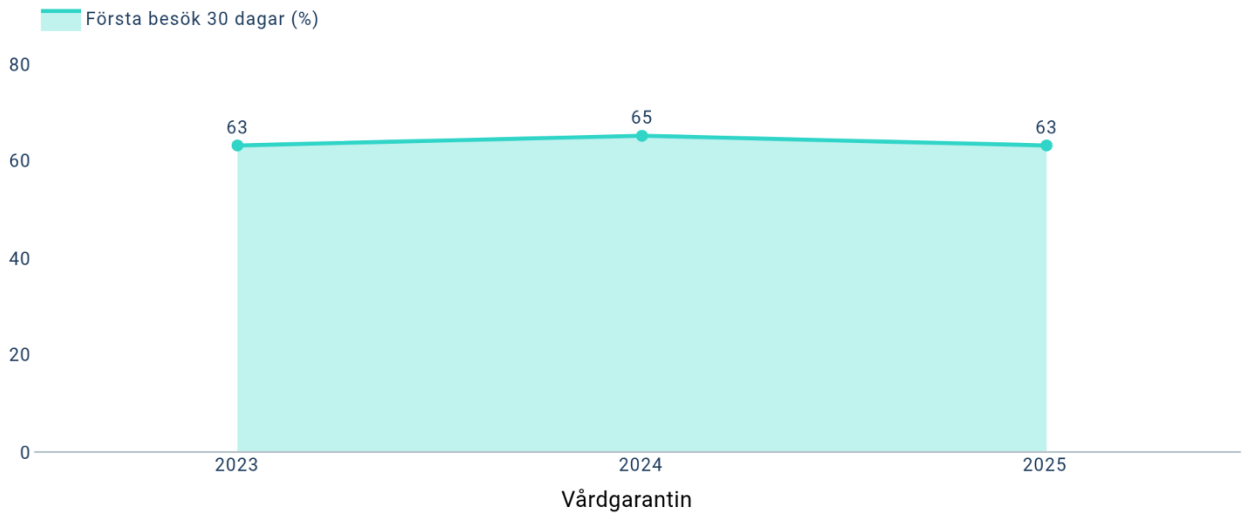


Diagram: ***Första besök inom vårdgarantin mottagningen 2023–2025. 2025 63%***

19% inom (31–60 dagar)

Väntetider – operation inom 90 dagar (2025)

Analysen av väntetider för operation inom 90 dagar under 2025 visar att andelen patienter som opererats inom vårdgarantins tidsram har legat **strax under 90 % under samtliga månader**. Nivån har varit relativt stabil över året, trots variationer i antalet väntande patienter.

Samtidigt har verksamheten under 2025 ökat operationsvolymen med cirka **13 % jämfört med 2024**, vilket innebär en betydande ökning av genomförda operationer. Volymökningen har skett parallellt med ett fortsatt högt inflöde av patienter och med planerad neddragning av operationsverksamheten under sommarmånaderna, främst i juli.

Den linje som varierar i grafen avser antalet väntande patienter och speglar i huvudsak säsongsvariationer och tillfälliga kapacitetsförändringar, snarare än bristande tillgänglighet. Trots perioder med ökat antal väntande har verksamheten kunnat upprätthålla en jämn tillgänglighet inom vårdgarantin.

Sammantaget visar uppföljningen att verksamheten haft god förmåga att hantera en ökad operationsvolym samtidigt som tillgängligheten till operation inom 90 dagar i huvudsak har bibehållits. Analysen används som underlag för fortsatt planering av kapacitet, bemanning och prioritering i syfte att ytterligare stärka tillgängligheten över tid.

Operation inom 90 dagar

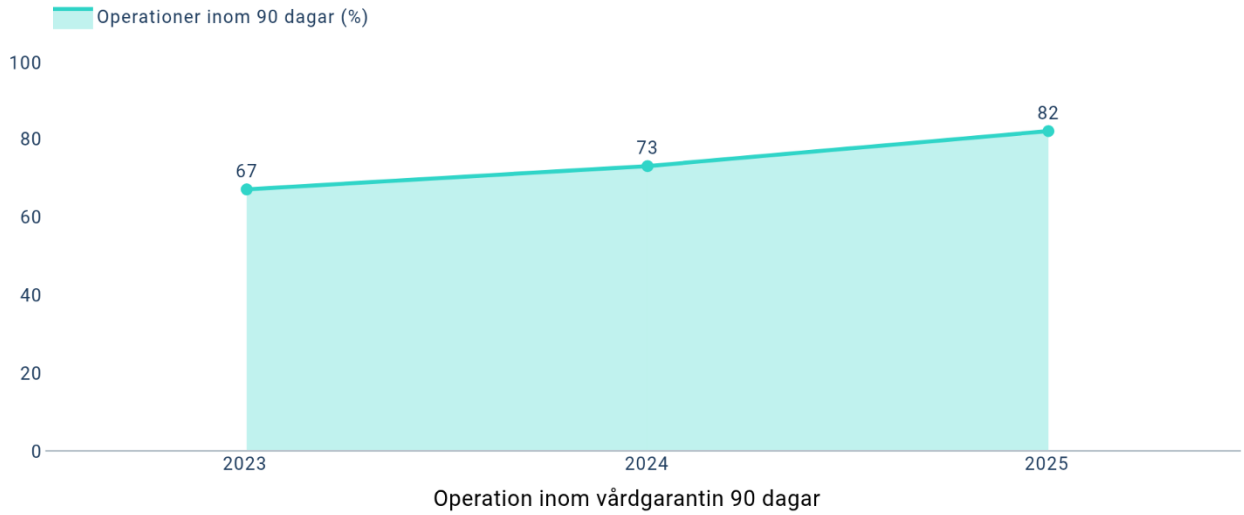


Diagram: ***Operation inom vårdgarantin <u>slutenvård</u> totalt 2025 m=82%***

Rapporten visar antal väntande och andel inom 30/90 den sista i varje månad under önskat år och två år framåt i form av grafer. Då väntetider till mottagning är valda visas andel inom 30 dagar och då väntetider till behandling är valda visas andel inom 90 dagar. Det är endast väntande utan undantagskoder, dvs utan medicinskt och patientvald förlängd väntan, som medräknas. Kriteriet för att en väntetid ska inkluderas vid ett datum D är att den har startdatum tidigare eller sammanfallande med D samt att avslutsdatum är längre fram än D. Om väntetiden inte är avslutad ska senaste rapporteringsdatum vara längre fram än eller sammanfallande med D. Motsvarande kriterium används vid beräkning av alla 12 tidpunkter under ett kalenderår. Utöver kriterierna för datum kan man begränsa urvalet genom att ange kön, CVR-kod och vårdenhet/vårdgivare.

Slutenvårdsoperationer

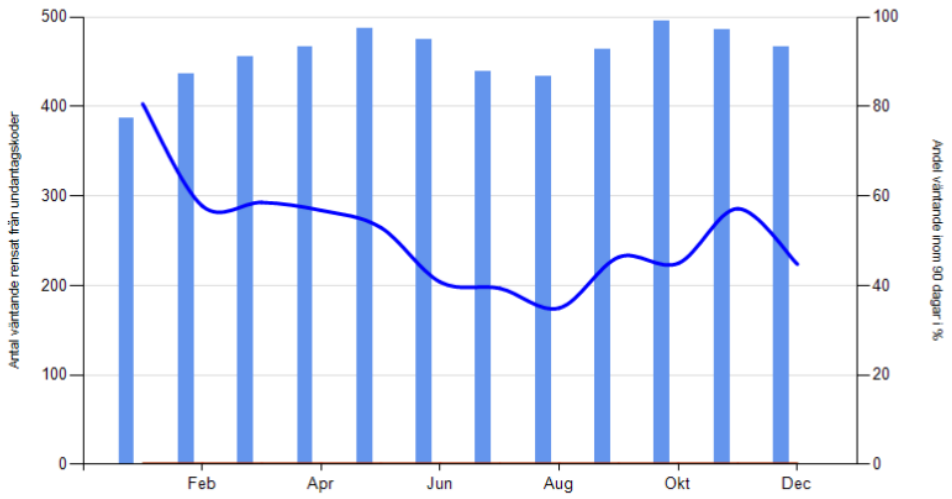


Diagram: **Planerad Specialiserad Vård – Operation/Åtgärd vård inom 90 dagar 2025. Linjen visar antal väntande**

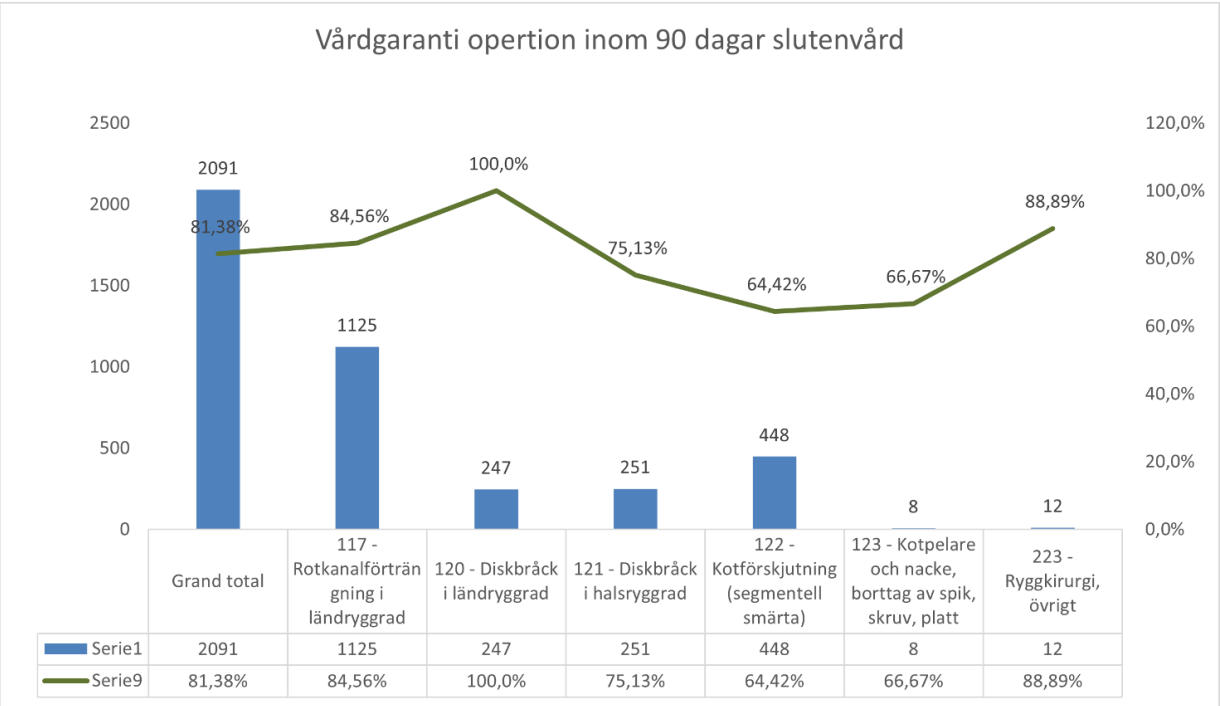


Diagram: **Vårdgarantin, operation/åtgärd slutenvård per diagnos under 2025 m=82%**

Totalt 2090 patient

Öppenvårdsoperationer

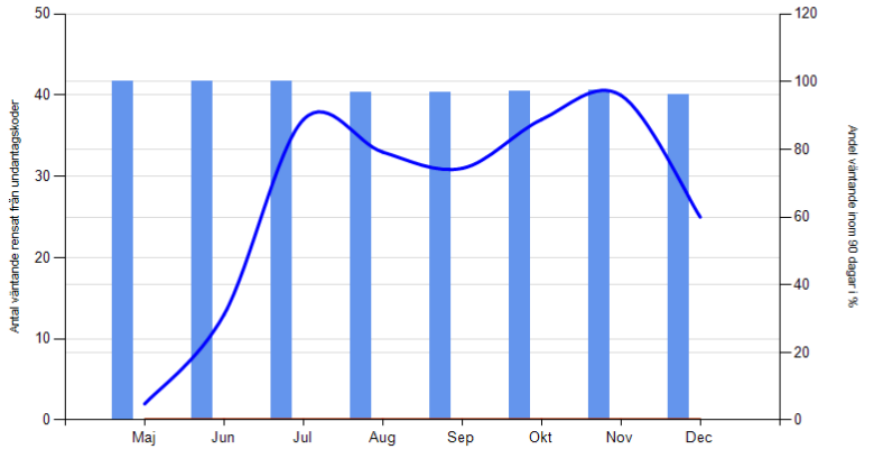


Diagram: **Planerad Specialiserad Vård – Operation/Åtgärd i öppenvårdvård inom 90 dagar/ månad 2025. Linjen visar antal väntande**

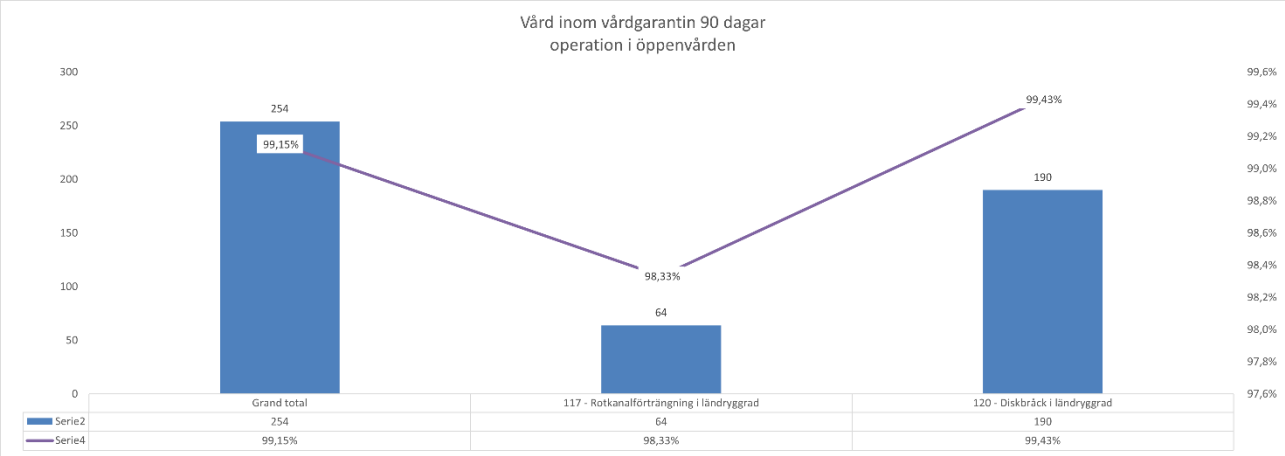


Diagram: **Vårdgarantin, operation/åtgärd öppenvård per diagnos under 2025 m=99,15%**

Totalt 254 patienter,

Källa: Data hämtas från CVR (Centrala väntetidsregistret) rapportfunktion.

Kvalitetsförbättringar genom digitala arbetssätt

Digifysiska besök

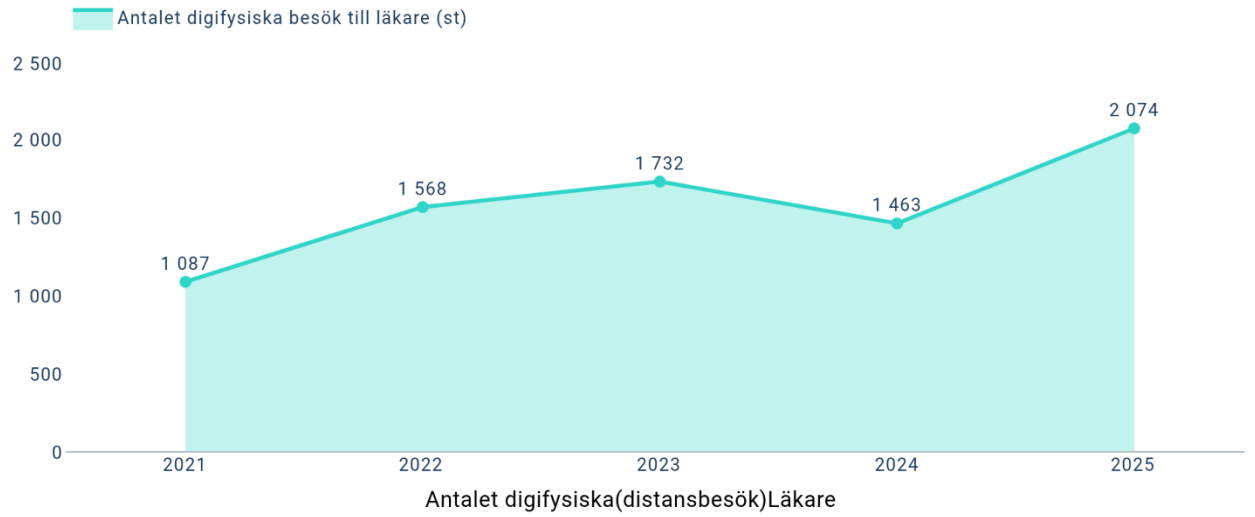
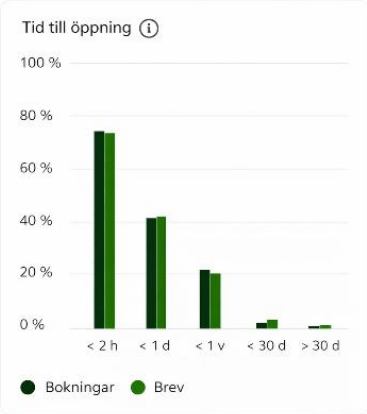


Diagram: ***antalet digifysiska besök 2021–2025. Under 2025 bokades n= 2074 digifysiska besök på mottagningen på RKC.***

Under perioden från 2021 till 2025 har vår verksamhet upplevt en ökning av digitala besök, en modern vårdform som svarar på ökade krav från våra patienter gällande flexibilitet och tillgänglighet. Trots denna markanta ökning är vi medvetna om att digitala besök inte alltid ersätter behovet av fysiska möten. Vi strävar dock efter att fortsätta förbättra och anpassa denna moderna vårdform för att möta våra patienters varierande behov och önskemål.

Under året har verksamheten fortsatt att utveckla digitala arbetssätt. Antalet digitala försändelser och bokningar har ökat över tid och uppgick under året till totalt 14 804 försändelser. Digitala försändelser öppnas till cirka 99 %, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet genom att viktig information når patienten i rätt tid och minskar risken för utebliven eller fördröjd information. Uppföljning av tid till öppning visar att majoriteten av försändelserna öppnas inom två timmar från utskick och nästan samtliga inom ett dygn.



Digital kommunikation och digifysiska kontakter har även bidragit till ökad tillgänglighet och förbättrade möjligheter att uppfylla vårdgarantin. Som en positiv bieffekt har övergången till digitala försändelser även lett till minskad miljöpåverkan, motsvarande cirka 240 kg CO_2 och nästan tre sparade träd.

Under 2025 har Zymegos av- och ombokningstjänst varit ett centralt stöd i Ryggkirurgiskt Centrums bokningsarbete. Totalt hanterades **1 828 bokningsärenden** via tjänsten, inklusive ombokningar, avbokningar och tillsättning av tider via väntelista och ombokningskalender.

Intresset för kort varsel-lösningen har varit stort. Under året har **1 509 patienter aktivt valt att ta emot erbjudanden om tidigare tider**, vilket har möjliggjort en effektiv hantering av återbud. Sammantaget kunde **733 tider fyllas via kort varsel**, varav **347 tider tillsattes inom 48 timmar** och **159 tider inom 24 timmar**, vilket tydligt visar tjänstens betydelse för att minska tomma bokningar.

Av de fyllda kort varsel-tiderna tillsattes **646 tider via väntelistan** och **87 via ombokningskalendern**, vilket visar att båda funktionerna bidrar till ett bättre nyttjande av tillgänglig kapacitet.

Zymego har även effektiviserat hanteringen av ombokningar och avbokningar. Under året ombokades **766 tider** genom att patienter själva valde ny tid i ombokningskalendern. Vid **78 avbokningar angav patienten önskade dagar för ny tid**, vilket möjliggjorde automatisk bokning utan manuell handläggning. **338 tider avbokades utan önskemål om ny tid**.

Andelen avbokade tider där patienten önskade en ny tid uppgick totalt till **19 procent**, med variation över året, vilket ger ett värdefullt underlag för fortsatt uppföljning och planering.

Sammantaget visar statistiken att Zymegos tjänst bidrar till **minskad administrativ belastning för bokningsfunktionerna**, färre tomma tider och ett mer effektivt och förutsägbart bokningsflöde, samtidigt som patienter ges större möjlighet att påverka sin vårdtid.

Gemensam vårdprocess för vårdgivare och patient - FRISQ

FRISQ används också som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Genom att få mer välinformerade och engagerade patienter upptäcks fler risker i tid såväl före som efter operation genom det digitala verktyget. Risken för felaktigheter i journalföringen minskas med den integration som finns mellan FRISQ och journalsystemet. Detta spar även tid i form av minskad dubbeldokumentation.

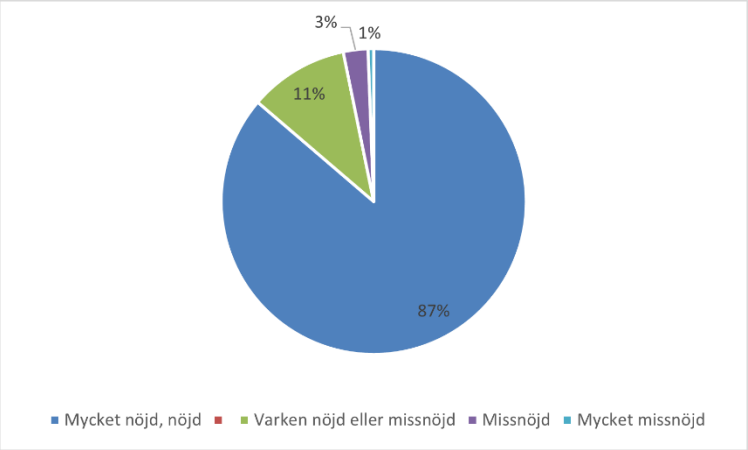


Diagram: ***Upplevelse av FRISQ webtjänst 2025***

Diagrammet visar att en mycket stor andel av patienterna har en positiv upplevelse av FRISQ. Sammanlagt är 87 % nöjda eller mycket nöjda med verktyget. Andelen som är varken nöjd eller missnöjd uppgår till 11 %, medan endast 4 % anger missnöje i någon grad. Resultatet indikerar att FRISQ upplevs som ett välfungerande digitalt stöd under behandlingen.

Sammanställning av analys 2025 – (FRISQ) Vad kan vi göra bättre?

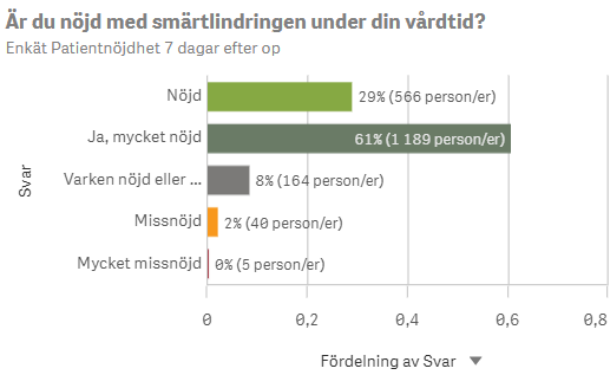
Dimension	**Vad fungerar bra**	**Identifierade förbättringsområden**	**Förslag på åtgärder**
Information & kommunikation	Löpande information och uppföljning upplevs som tryggt och professionellt. Påminnelser uppskattas.	Otydlighet kring vad som händer härnäst, hur länge uppföljning pågår och vem som ansvarar.	Tydligare ”nästa steg”, veckosammanfattningar och klargörande av uppföljningsstruktur.
Innehåll & träningsprogram	Relevanta övningar, bra koppling mellan operation och rehabilitering. Digital tillgång mycket uppskattad.	Önskemål om mer individanpassning, tydligare progression och vägledning kring utförande.	Nivåindelade träningsprogram, tydligare progression och korta instruktioner om korrekt utförande.
Användarvänlighet	Appen upplevs generellt som enkel att använda och lätt att komma igång med.	Viss upplevelse av rörighet och svår navigation för en del användare.	Förenklad startsida, tydligare rubriker och kort introduktionsguide vid första inloggning.
Motivation & pepp	Peppande meddelanden och uppföljning skapar motivation och ansvarskänsla.	Pepp upplevs ibland som generell och inte individanpassad.	Mer situationsanpassad feedback och visuella markörer vid genomförda moment.
Teknik & funktion	Fungerar väl för majoriteten av användarna.	Enstaka tekniska problem, buggar och uteblivna notiser.	Tydlig supportväg i tjänsten och enkel felsökningsinformation.

Kundnöjdhet

Vi har flera olika uppföljningsformulär där vi kan mäta resultat och kundnöjdhet (NPS) under hela vårdprocessen. NPS värden ligger mellan -100-+100. Poäng högre än 0 anses vanligtvis vara bra och poäng över 50 anses vara utmärkta. Så NPS ska inte förväxlas med våra traditionella ”nöjdhetsindex” som ju ofta ligger väl över 90% i privat bedriven sjukvård.

NÖJDHET 2025	Fördelning av Svar
Nöjd	93%
Varken nöjd eller missnöjd	5%
Missnöjd	2%
Antal svar	1295

Tabell: ***Nöjdhet i % 45 dagar postoperativt n = 1911 svar. Summering av mycket nöjd och nöjd =93%.***



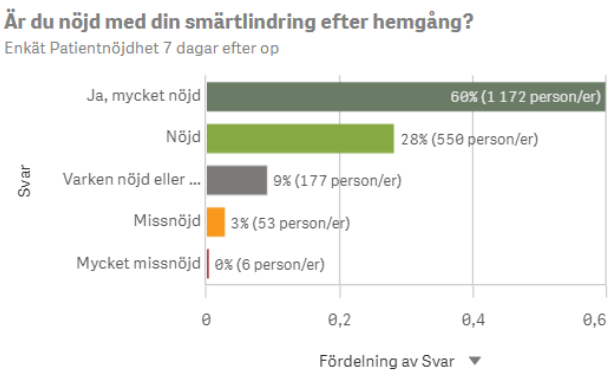
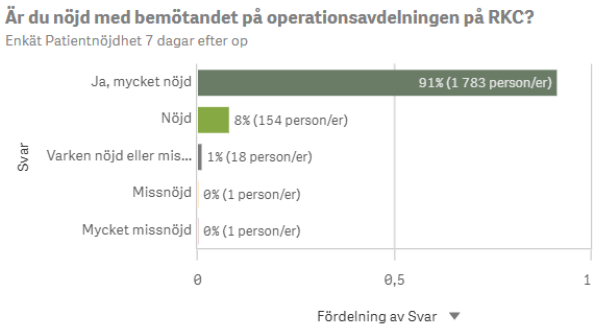


Diagram: ***Smärtlindring utvärdering 7 dagar postoperativt. Under vårdtiden 90%, efter hemgång 88% 2025. Antal svar se i diagram.***



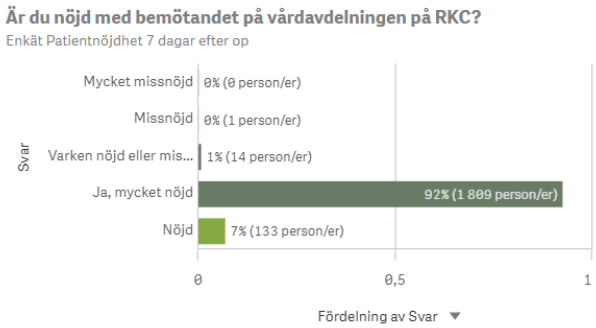


Diagram: ***Bemötande utvärdering 7 dagar postoperativt. Bemötande operationsavdelningen 99%, bemötande vårdavdelningen 99%. Antal svar se diagram.***

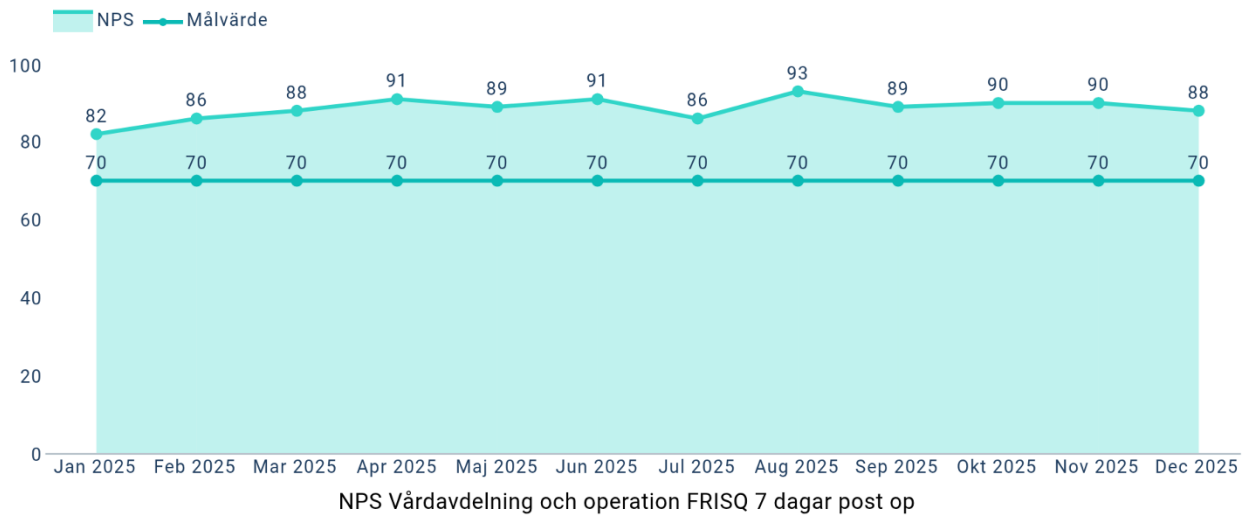


Diagram: ***NPS 7 dagar postoperativt 2025. Mål 70. m=89. Svarsfrekvens 90%.***

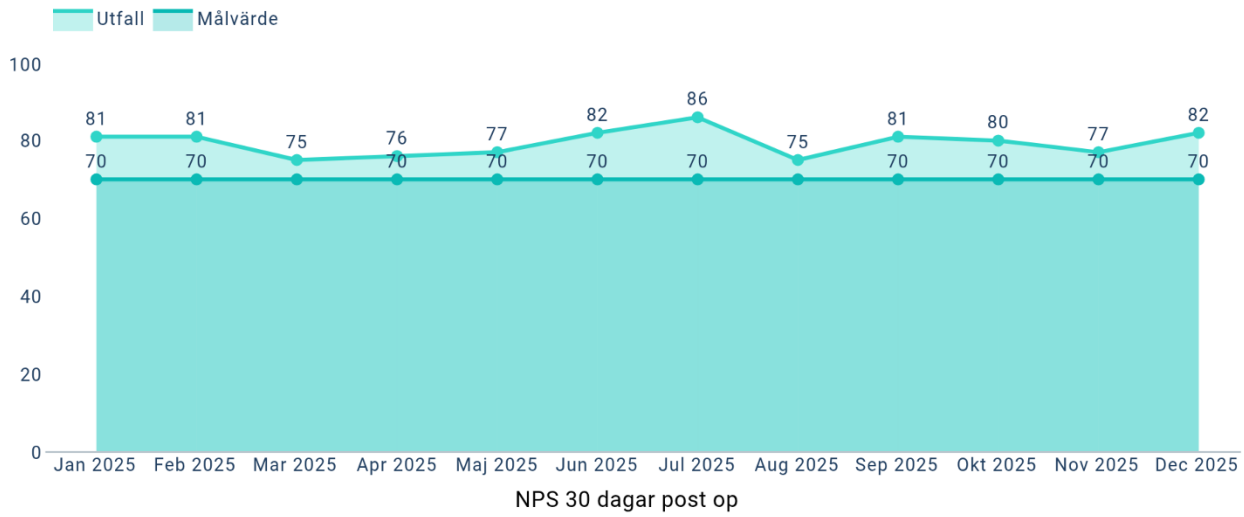


Diagram: ***NPS 30 Dagar postoperativt 2025. Mål 70. m=79. Svarsfrekvens 75%.***

NPS-resultatet 30 dagar postoperativt uppgick till **79**, vilket överstiger fastställt mål om **70**. Resultatet indikerar en hög grad av patientnöjdhet avseende eftervården.

Svarsfrekvensen uppgick till **75 %**, vilket bedöms som hög och ger ett tillförlitligt underlag för uppföljning. Den höga svarsfrekvensen möjliggör tidig identifiering av eventuella brister, komplikationer eller avvikelser i eftervården.

Den postoperativa uppföljningen är en central del i verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Genom att systematiskt följa upp patienternas upplevelse 30 dagar efter operation skapas förutsättningar för att snabbt vidta åtgärder vid behov, antingen inom den egna verksamheten eller i samverkan med andra vårdgivare. Uppföljningen bidrar därmed till kontinuerlig förbättring och minskad risk för vårdrelaterade komplikationer.

Sammanfattning – Produktionsdata och metodutveckling 2024–2025

Under 2025 ökade verksamhetens produktion jämfört med 2024, trots oförändrat antal vårdplatser och HDU-platser. Antalet operationer ökade från **1 845 till 2 125**, vilket motsvarar en ökning om cirka **15 %**. Samtidigt ökade antalet vårddygn från **1 686 till 1 890**, medan medelvårdtiden var oförändrad på **1,1 vårddygn**, vilket indikerar ett effektivt och stabilt vårdflöde.

Produktionsökningen ska ses i relation till att verksamheten fram till oktober 2024 hade **tre operationssalar** samt att **sal 4 i G-huset** togs i drift i oktober 2024, vilket ökade den operativa kapaciteten inför 2025. Verksamheten förstärktes även med **två nya kirurger** som tillträdde i **augusti respektive oktober 2025**, vilket bidrog till ökad tillgänglighet och fler mottagningsbesök.

Antalet besök på mottagningen ökade från **12 082 till 14 811** (**+23 %**). Under 2025 infördes även **ultraljudsledda nervrotsblockader**, vilket innebar en metodutveckling inom verksamheten. I samband med detta ökade det totala antalet nervrotsblockader från **691 till 780**, samtidigt som fördelningen förändrades, med en oförändrad andel ländryggsblockader och en tydlig ökning av halsryggsblockader. Detta speglar både förändrade patientbehov och ett mer precist och patientsäkert arbetssätt.

Sammantaget visar produktions- och metodutvecklingen att verksamheten har haft förmåga att öka volym och tillgänglighet genom förbättrade strukturella förutsättningar, förstärkt bemanning och införande av nya arbetssätt, utan negativ påverkan på vårdtider, kvalitet eller patientsäkerhet.

Mått	Indikatorer 2024	Indikatorer för 2025
Antal vårdplatser	**19**	**19**
Antal HDU platser	**3**	**3**
Antal operationssalar	**4**	**4**
Antal operationer	**1845**	**2125**
Antal nervrotsblockader	**691**	**780**
Varav ländryggsblockad	**521**	**532**
Varav halsryggblockader	**170**	**248**
Antal Vårddygn	**1686**	**1890**
Medelvårdtid dygn	**1,1**	**1,1**
Antal besök på mottagningen	**12 082 ex blockader**	**14 811 ex blockader**

Tabell: ***Data över resurser och produktion i jämförelse 2024–2025.***

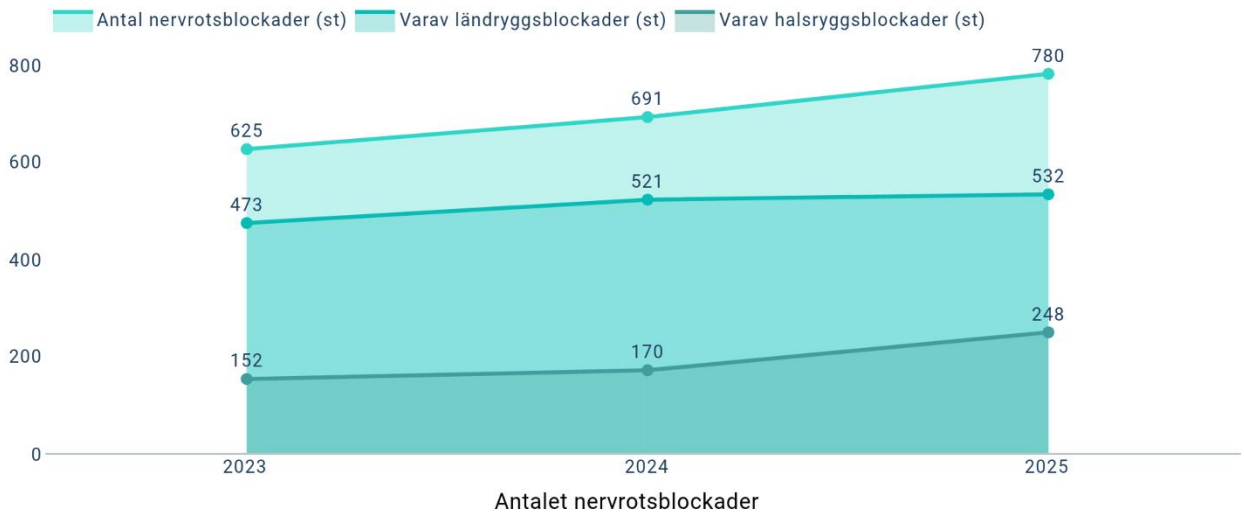


Diagram: ***Antalet nervrotsblockader 2023–2025. n=780 2025.***

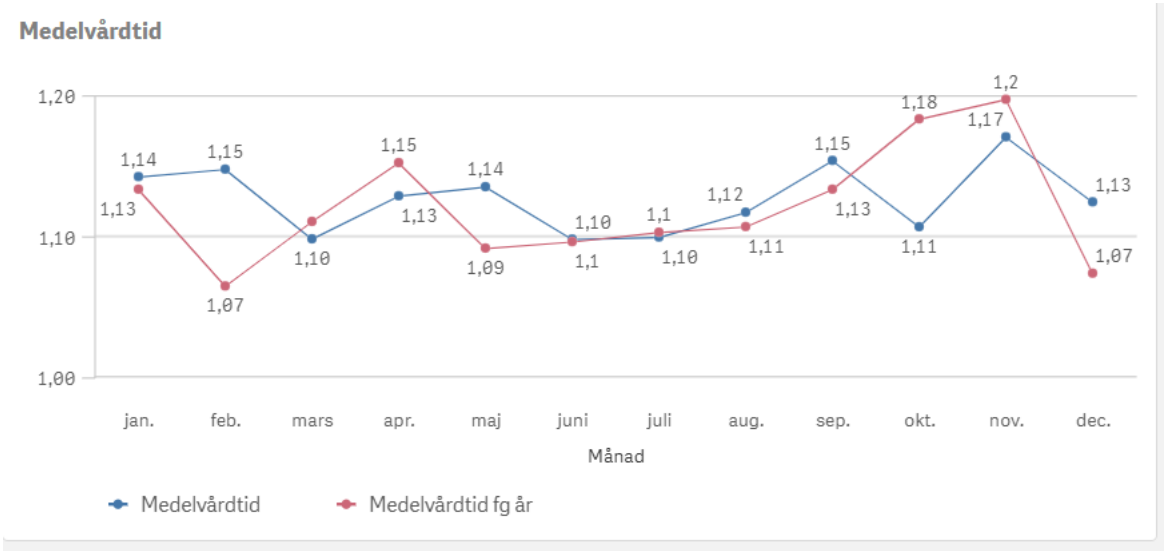


Diagram: ***Medelvårdtiden på vårdavdelningen (slutenvård) m=1,13 dygn***

Medelvårdtiden under 2025 har varit **stabil och låg**, med små variationer över året. Detta indikerar en effektiv vårdprocess och god planering av vårdflödet inom vårdavdelningen.

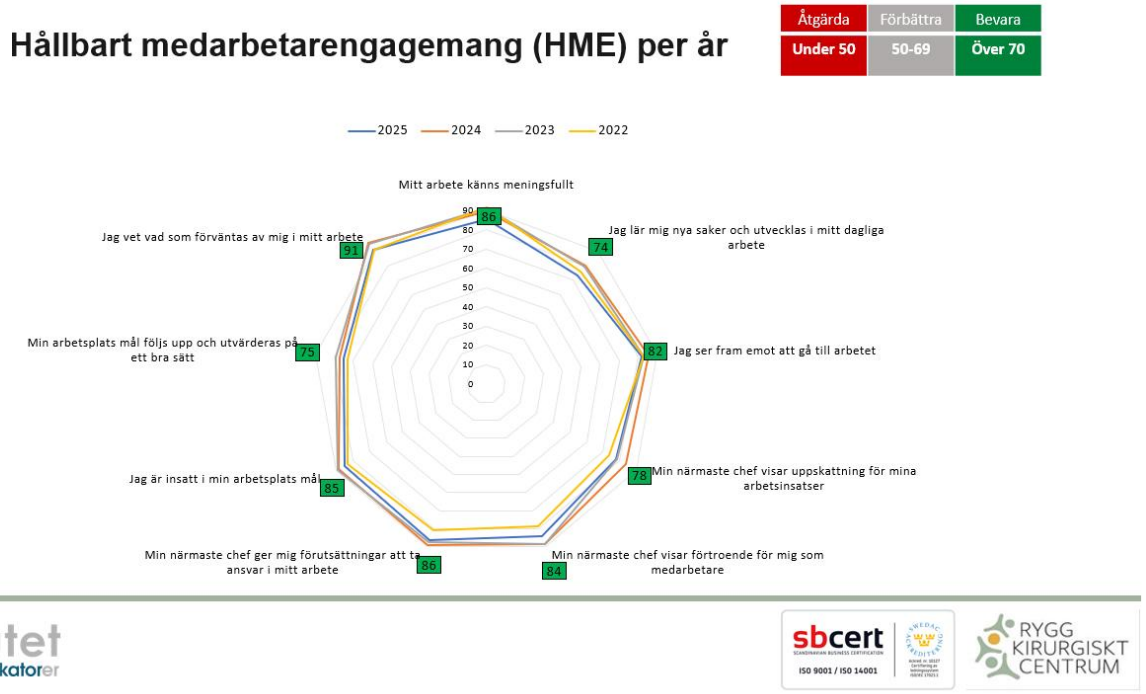
HME – Hållbart Medarbetarengagemang 2025

Syftet med medarbetarenkäten HME är att identifiera och förstå de utmaningar och förbättringsområden som medarbetarna vid RKC upplever i sin arbetssituation. Enkäten omfattar bland annat arbetsbelastning, stress, organisationskultur, schemaläggning samt samarbete mellan kollegor. Dessa faktorer har betydelse för medarbetarnas välmående, vilket i sin tur påverkar engagemang, motivation och lojalitet gentemot verksamheten.

I resultatredovisningen omvandlas RKC:s medelvärden för respektive fråga till ett index mellan **0 och 100**, där högre värde indikerar ett mer positivt utfall.

	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Totalt	**76**	**71**	**93%**
Vårdavdelningen	19	18	95%
Operation	19	19	100%
Mottagningen	16	16	100%
Enhetschef/läkare	22	18	82%

Tabell: ***Svarsfrekvens HME per enhet. Totalt 93% svarsfrekvens 2025.***



Spindeldiagram: ***Resultat av mätningar i jämförelse 2022–2025. Samtliga mätvärden >70 m=82***

Resultat HME

Svarsfrekvensen i 2025 års medarbetarenkät uppgick till **93 %**, vilket ger ett mycket gott och tillförlitligt underlag för analys. Det totala HME-indexet uppgick till **82**, vilket överstiger det fastställda tröskelvärdet på **70**.

Samtliga mätområden i enkäten uppvisade värden över tröskelvärdet, vilket indikerar att de undersökta områdena inom RKC fungerar väl. Resultatet visar på en genomgående positiv bild av medarbetarnas upplevelse av arbetssituation, ledarskap, delaktighet och utvecklingsmöjligheter.

Resultaten bedöms utifrån en stoppljusmodell där:

värden **under 50** indikerar behov av omedelbara åtgärder,

värden mellan **50 och 69** indikerar utvecklingsområden,

värden **70 och över** indikerar områden som bör bibehållas.

Samtliga resultat för 2025 återfinns inom intervallet för **bibehållen nivå**, vilket innebär att inga områden identifierats som kräver omedelbara åtgärder utifrån årets HME-utfall.

Tolkningsföreträdet för resultaten ligger hos respektive chef tillsammans med medarbetarna, vilket möjliggör dialog och vid behov framtagande av lokala förbättringsåtgärder anpassade till respektive enhets förutsättningar.

Övriga kvalitetsdata

Svensk förening för anestesi och intensivvård, SFAI, har definierat målet vid behandling av postoperativ smärta till att smärtintensiteten inte bör överstiga 4 på en 10-gradig skala. Det är viktigt att betrakta ett smärtmål av detta slag som vägledning och vara medveten om att det inte överensstämmer med alla patienters upplevelser och behov.

RKC har ett väl inarbetat koncept där patienten får information om det förväntade vårdförloppet med fokus på postoperativ smärta och illamående. Alla patienter erhåller därefter en individuell ordination av premedicinering i relation till tidigare analgetika konsumtion. Medelvårdtiden för slutenvården var 1,1 vårddygn både 2023 och 2024. Det senaste året då verksamheten gjort förändringar och finjusterat eftervården. Variationen under året förändrar inte medelvärdet på årsbasis. *Se diagram medelvårdtid ovan.*

På uppvakningsavdelningen (UVA) förblir patienterna tills alla värden är stabila. Patienter i öppenvården ligger ofta kvar längre tid med en medelvårdtid på 1,43 timmar på uppvakningsavdelningen. För slutenvården var medelvårdtiden 1,33 timmar och totalt var den 2,18 timmar 2025.

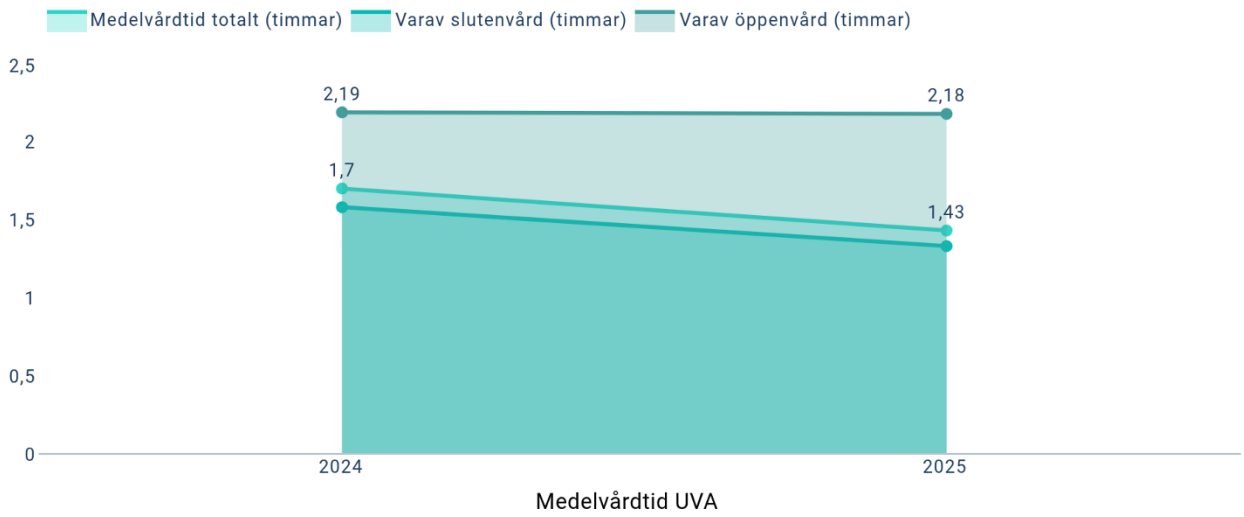


Diagram: ***Medelvårdtiden i timmar på uppvakningsavdelningen 2024–2025 m=2,18h***

Medelvårdtid UVA 2025	Medeltid i timmar
öppenvård	2,18
slutenvård	1,32
totalt	1,43

Tabell: ***Medelvårdtiden på vår uppvakningsavdelning (UVA) var 2025 1,43h för öppenvård 2,18 h för slutenvård 1,32h totalt.***

Resultat medelvårdtid

Medelvårdtiden på UVA har minskat mellan 2024 och 2025, framför allt avseende slutenvård och öppenvård. Medelvårdtiden för slutenvård minskade från **1,70 timmar till 1,43 timmar.** Den totala medelvårdtiden har varit stabil och **uppgick till cirka 2,18 timmar 2025**. Utfallet indikerar ett effektivare vårdflöde på UVA utan att den totala vistelsetiden har ökat.

För säkerhet och kontinuitets skull har RKC bemannat den postoperativa enheten med samma anestesipersonal som vi bemannar operationsenheten med. Ett roterande schema har skapats där personal växlar mellan enheterna. Syftet är att öka förståelsen. Vår strävan är att vara väl smärtlindrad efter operationen och vi arbetar mycket med att hitta rätt strategi för olika patienter.

Postoperativ smärta NRS på UVA (Numeric Rating Scale).

Postoperativ smärta är en central patientsäkerhetsindikator och följs systematiskt för att säkerställa god smärtlindring, minska risken för komplikationer samt främja återhämtning efter operation. Som en del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete registreras postoperativ smärta på uppvakningsavdelningen (UVA) med hjälp av Numeric Rating Scale (NRS). Smärtskattningen används både för att styra individuella smärtbehandlingsåtgärder och för att följa upp verksamhetens samlade smärtutfall över tid.

NRS	Antal av PostOp journal smärta 2025	Fördelning i % 2025
0-ingen	461	22%
1–3 Lindrig	1001	47%
4–6 Måttlig	471	22%
7–8 svår	141	6,6%
9–10 kraftig	50	2,4%
Antal patienter i postop journal	2124	
Antal operationer	2125	

Tabell: ***UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet. Tabellen illustrerar resultat av uppskattad maxsmärta postoperativt med hjälp av NRS*** **(Numeric Rating Scale)** ***på samtliga patienter under 2025.***

Resultat postoperativ smärta

Under 2025 registrerades postoperativ smärtskattning (NRS) i totalt **2124 postoperativa journaler**, motsvarande **2125 genomförda operationer**. Nästan 100%. Smärtan skattades som **maximal upplevd smärta på UVA (uppvakningsavdelning)** med hjälp av NRS (Numeric Rating Scale).

Resultatet visar att en majoritet av patienterna hade **ingen till lindrig smärta postoperativt**. Totalt skattade **69 %** av patienterna sin smärta till NRS 0–3, varav **22 %** uppgav ingen smärta alls (NRS 0) och **47 %** lindrig smärta (NRS 1–3). Ytterligare **22 %** av patienterna rapporterade **måttlig smärta (NRS 4–6)**.

En mindre andel patienter upplevde **svår till kraftig smärta**, där **6,6 %** skattade smärtan till NRS 7–8 och **2,4 %** till NRS 9–10, vilket sammanlagt motsvarar **9 %** av patienterna.

Smärtlindring ges kontinuerligt under vistelsen på UVA i syfte att reducera smärtan till en nivå som inte hindrar **vila, djupandning eller förflyttning**, samtidigt som man vill minska risken för **illamående och kräkning**.

Som huvudregel skrivs patienten **inte ut från UVA förrän smärtnivån är NRS ≤4**.

Under 2025 infördes ett nytt operationsplaneringssystem, vilket innebar att smärtskattningen dokumenterades som **maximal smärta på UVA**. Detta ska beaktas vid tolkning av resultatet, då registreringen inte speglar smärtnivån vid utskrivning från UVA utan ett tillfälligt maxvärde under vårdtiden.

Postoperativt illamående och kräkning (PONV)

Upp till 30 procent av kirurgiska patienter upplever PONV, vilket sällan leder till allvarliga komplikationer men kan öka lidandet och förlänga sjukhusvistelsen. Effektivt förebyggande och behandlande åtgärder, inklusive läkemedel, rekommenderas för att minimera risken och hantera symtomen. På RKC genomförs individuella riskbedömningar inför kirurgi och en multimodal profylax tillämpas enligt riktlinjer.

PONV graderas med en 4-gradig skala

- 0 inget illamående
- 1–2 mycket milt-måttligt illamående
- 3–4 svårt illamående-kräkning

Radetiketter	2024	Antal av PostOp journal illamående 2025	Fördelning i % 2025
0-Inget illamående	93,6%	1956	**93%**
1-Mycket milt illamående	4,1%	34	**1,6%**
2-Måttligt illamående	1,7%	88	**4,2%**
3-Svårt illamående	1,16%	2	**0,1%%**
4-Kräkning	0,6%	19	**0,9%**
Antal patienter i postopjournal	1845	**2099**	

Tabell: ***PONV på UVA = Uppvakningsavdelning, postoperativ enhet 2025***.

Resultat PONV

Resultaten visar att förekomsten av postoperativt illamående och kräkningar (PONV) fortsatt är låg på RKC och ligger på en stabil nivå jämfört med föregående år. Under **2024** rapporterade **93,6 %** av patienterna inget illamående alls postoperativt. Andelen patienter med svårt illamående och/eller kräkningar var låg, sammanlagt cirka **1,8 %**. Motsvarande uppföljning för **2025** visar ett liknande utfall. Av totalt **2 099 patienter** i postoperativ journal hade **93 %** inget illamående. **1,6 %** upplevde mycket milt illamående och **4,2 %** måttligt illamående. Förekomsten av svårt illamående var mycket låg **0,1 %** och **0,9 %** av patienterna drabbades av kräkning.

Sammantaget visar resultaten att majoriteten av patienterna är fria från illamående efter operation och att svårare former av PONV förekommer i mycket begränsad omfattning.

Den positiva utvecklingen bedöms ha samband med den förändring av PONV-profylax som infördes under **2023**, baserad på litteraturgenomgång och tvärprofessionellt samarbete. Den uppdaterade behandlingsplanen, inklusive justerad dosering, har bidragit till en mer effektiv prevention och behandling av postoperativt illamående.

Även riktlinjerna för PONV på vårdavdelningen har vidareutvecklats. Sjuksköterskor från operation och vårdavdelning har samarbetat för att stärka rutinerna kring PONV-behandling, med målsättningen att patienterna ska kunna följa sina vårdplaner gällande både illamående och smärta även postoperativt. Den fortsatt låga förekomsten av PONV kan även kopplas till minskad användning av opioider postoperativt, vilket reducerar risken för illamående och andra biverkningar.

5.1.1 Medicinska resultat

Kvalitetsregisterdata från Swespine - Svenska ryggregistret

Nationella kvalitetsregistret Swespine

Svenska Ryggregistret – Swespine, är ett nationellt kvalitetsregister där den ryggkirurgi som utförs vid Sveriges ortopediska och neurokirurgiska kliniker registreras.

Hit rapporterar 98% av alla Sveriges kliniker sina operationer, inklusive tex komplikationer. Patientrapporterat utfall (uppföljning) sker idag efter 1-2-5-10 år. Syftet är att samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården. RKC är sedan start anslutna till Swespine och här nedanför kan man se de senaste resultaten av den kirurgi som vi utför hos oss i relation till landets övriga kliniker.

Aktuella värden i diagrammen nedan som inkluderar klinik jämförande resultat plus jämförelse med Riket, är statistiskt justerade för ”case-mix” (dvs. olika kliniker kan operera olika patientpopulationer med avseende på tex åldersskillnad, samsjuklighet, arbetsförmåga, tidigare kirurgi osv), vilket innebär att dessa klinikjämförelser är relevanta.

De utfallsmått där ännu inte en justering för ”case-mix”genomförts, visar endast jämförelse mellan RKC och Riket, vilket på grund av patientpulationernas storlek är relevant.

Swespine presenterar också klinikjämförande ett-årsresultat via SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) plattform ”Vården i Siffror” (www.vardenisiffror.se), där det framgår att de patientrapporterade (PROM) ett-årsresultaten efter kirurgi i ryggraden är statistiskt likartad mellan landets kliniker när hänsyn tas till ”case-mix”.

På en och samma klinik kan däremot utfallet (tex mätt med PROM) variera mellan olika år och här görs vanligen ingen justering för ”case-mix”. Om man på en klinik dock är klar över att ungefär samma population opereras genom åren så kan dessa resultat på ett relevant sätt användas för att säkra och utveckla kvaliteten på given vård, vilket också årligen görs på RKC (se nedan). Fördjupad kunskap och resultat efter ryggkirurgi i Sverige finns i Årsrapporter från Svenska Ryggregistret http://www.swespine.se

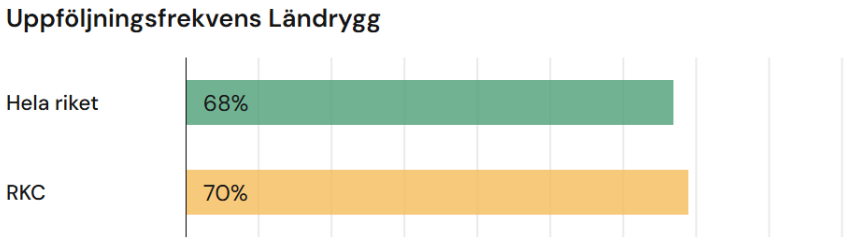
I Swespine ligger RKC vad gäller patientrapporterade resultat efter ett år när hänsyn tas till ”case-mix” och bland de främsta klinikerna i riket även när hänsyn inte tas till ”case-mix”. Nedan redovisas jämförelser med kliniker och riket för våra vanligaste 5 diagnoser.

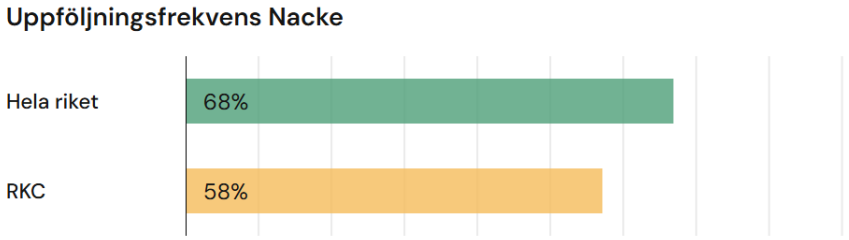
- Diskbråck i ländryggen (LDH)
- Spinal stenos i ländryggen (LSS)
- Segmentell rörelsesmärta (SRS)
- Diskbråck halsrygg (CDH)
- Spondylolisthes/Kotglidning i ländryggen (SL)

I syfte att både säkra och förbättra klinikens resultat, djupanalyserar vi varje år klinikens 20 lägsta resultat utifrån Swespine-data och använder dessa i ett lärande syfte, dels för framtida patienturval, dels som ett led i vårt ständiga förbättringsarbete.

1 årsuppföljning i kvalitetsregistret 2024

Vår uppföljningsfrekvens totalt sett för ländrygg 70% och halsrygg 58 % är baserad på antalet indexoperationer som utförts under 2023 och den årliga uppföljningen som patienterna genomförde under 2024. Vi strävar efter att tillhandahålla aktuell information och kommer att inkludera uppgifter om operationer för 2024 samt uppföljning för 2025 i den senare delen av 2026. Förbättringsåtgärder under 2025 för uppföljning av våra ryggoperationer inkluderar sms funktioner via Swespine samt i vår egen uppföljning via FRISQ. Detta borde förbättra uppföljningsstatistiken i framtiden.





Tabell: **Uppföljningsfrekvens ländrygg och nacke efter 1 år i jämförelse med riket. Data från operationer utförda under 2023 med uppföljning under 2024.**

Verksamheten har under 2023 haft en hög registreringsgrad i nationella kvalitetsregister. Antalet registrerade operationer i Swespine motsvarar i stort sett antalet operationer rapporterade till Socialstyrelsens patientregister (PAR), vilket visar på god täckningsgrad och systematisk uppföljning av genomförda ingrepp. Data för 2024 är ännu inte komplett och har därför inte inkluderats i denna sammanställning.

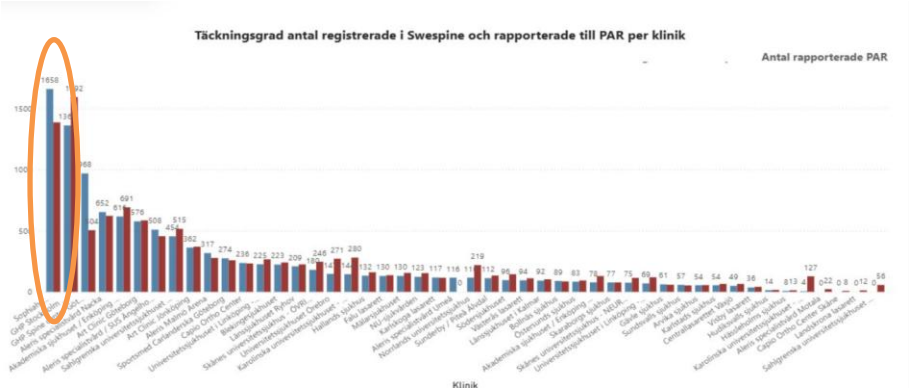


Diagram: ***Antal operationer rapporterade till Socialstyrelsen PAR och antal registrerade operationer i Swespine 2023. Inringade data avser Ryggkirurgiskt centrum.***

Förklaring Patientrapporterade resultat

Resultat QPI (Quality Performance Indicator) Swespine data RKC vid 1 års-uppföljningen

Utfallsmått:

1. Smärta. NRS (Numeric rating scale) = patientupplevd smärta i ben och/eller rygg, 0–10, där högt betyder mer smärta

2. Livskvalitet. EQ5D-3L är en standardiserad självskattningsskala för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet Värden mellan 0–1, högre värden bättre. Normalpopulationen ligger vanligen runt 0,7–0,8. Normalpopulationen ca 0,7–0,8

3. Funktion ländrygg. ODI (Oswestry Disability Index) = 0–100 där lågt värde betyder mindre smärta/bättre funktion. Under ca 20–22 brukar anges som normalvärde

4. Funktion nacke. NDI (Neck Disability Index) = 0–50 där lågt värde betyder mindre smärta/bättre funktion

5. Nöjdhet. Global assessment (GA). En 5-gradig betygsskala för att utvärdera en övergripande funktion under en angiven tidsperiod utifrån psykisk eller psykiatrisk sjukdom till hälsa (helt smärtfri-mycket bättre-något bättre-oförändrad – sämre). I Swespine anges ett lyckat resultat som en sammanslagning av Helt smärtfri+ Mycket bättre.

Alla formulär och beskrivning av dessa hittas via; http://www.4s.nu/swespine-formul%C3%A4r-44871294

Alla bilder/diagram kan tas fram via Swespine's hemsida. http://www.swespine.se

Resultat Swespine 1 års uppföljning för operation 2023 (FU) 2024

Diskbråck i ländryggen Paramediant + Centralt

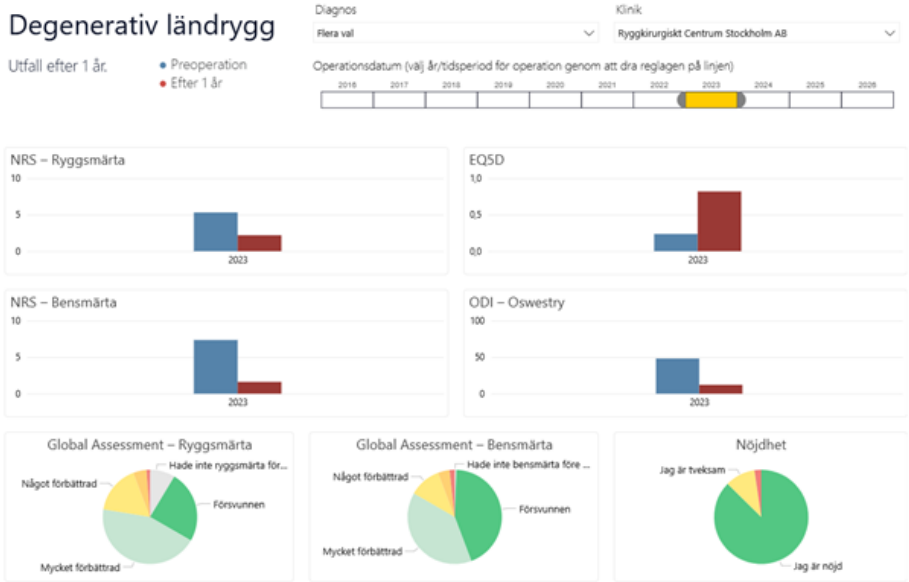


Diagram: ***Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Diskbråck.***

Diskbråck ländrygg – LDH. M51.1K	
Riket	RKC
n= 2353	n= 311
FU = 58%	FU = 56%
NRS Bensmärta. Preop = 7,1 – FU = 2,5	NRS Bensmärta. Preop = 7,4 – FU = 1,6
GA minskad Bensmärta = 75%	GA minskad bensmärta = 83%
Nöjdhet = 78%	Nöjdhet = 87%
EQ5D Livskvalitet: Preop 0,26 – FU 0,73	EQ5D Livskvalitet: Preop 0,24 – FU 0,82
ODI Funktion: Preop 47 – FU 17	ODI Funktion: Preop 48 – FU 12

Tabell ***Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data diskbråck i ländryggen.***

Tabellförklaring Diskbråck

Vid RKC ses en **större minskning av bensmärta** jämfört med riket, där NRS bensmärta minskade från 7,4 preoperativt till 1,6 vid uppföljning, jämfört med 7,1 till 2,5 i riket. Andelen patienter som upplever en kliniskt relevant förbättring av bensmärta (GA) var högre vid RKC (83 %) än i riket (75 %). Även **patientnöjdheten** var högre vid RKC (87 %) jämfört med riksgenomsnittet (78 %). Förbättringen i **livskvalitet (EQ-5D)** var tydlig, med en ökning från 0,24 till 0,82 vid RKC, jämfört med 0,26 till 0,73 i riket. Vidare visade **funktionsförmågan (ODI)** en större förbättring vid RKC, där poängen minskade från 48 till 12, jämfört med 47 till 17 i riket. Sammantaget visar resultaten att RKC uppnår **mycket god smärtminskning, funktionsförbättring och patientnöjdhet** för patienter opererade för lumbalt diskbråck.

LSS- Spinal stenos i ländryggen

Central stenos med och utan glidning + lateral stenos.

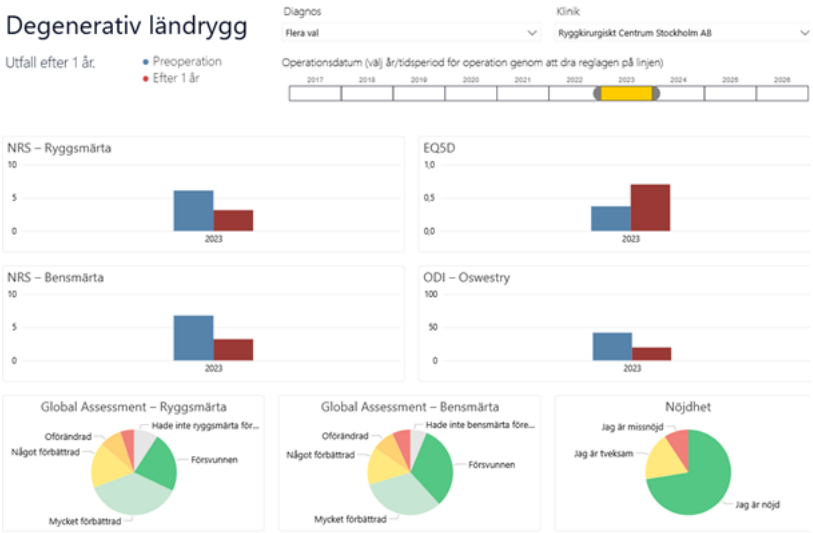


Diagram: ***Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Spinal Stenos***

Spinal Stenos – LSS. M48.0K + M48.8K + M48.8	
Riket	RKC
n= 5704	n= 861
FU: 75%	FU: 76%
NRS Bensmärta: Preop = 6,9 – FU = 3,7	NRS Bensmärta: Preop = 6,8 – FU = 3,2
GA minskad bensmärta: 55%	GA minskad bensmärta: 64%
Nöjdhet: 65%	Nöjdhet: 72%
EQ5D Livskvalitet: Preop 0,34 – FU 0,64	EQ5D Livskvalitet: Preop 0,37 – FU 0,70
ODI Funktion: Preop 43 – FU 25	ODI Funktion: Preop 42 – FU 20

Tabell ***Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data Spinal stenos i ländryggen.***

1 årsuppföljning 2024.

Tabellförklaring Spinal stenos

Vid RKC ses en **något större minskning av bensmärta** jämfört med riket, där NRS bensmärta minskade från 6,8 preoperativt till 3,2 vid uppföljning, jämfört med 6,9 till 3,7 i riket. Andelen patienter som upplevde en kliniskt relevant förbättring av bensmärta (GA) var högre vid RKC (64 %) än i riket (55 %). **Patientnöjdheten** var också högre vid RKC (72 %) jämfört med riksgenomsnittet (65 %). Förbättringen i **livskvalitet (EQ-5D)** var tydlig, med en ökning från 0,37 till 0,70 vid RKC, jämfört med 0,34 till 0,64 i riket. Även **funktionsförmågan (ODI)** förbättrades i större utsträckning vid RKC, där poängen minskade från 42 till 20, jämfört med 43 till 25 i riket.

Sammantaget visar resultaten att RKC uppnår **god smärtlindring, förbättrad funktion och hög patientnöjdhet** för patienter opererade för spinal steno

Spondylolistes Kotglidning

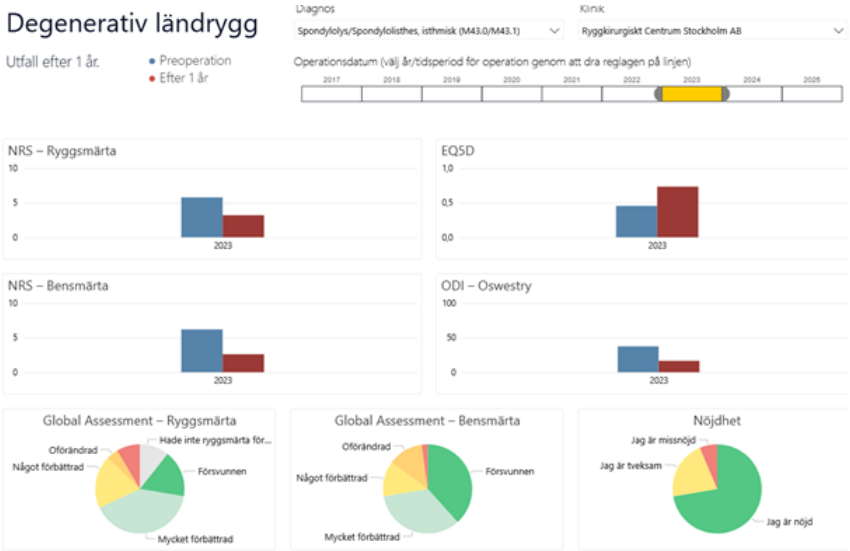


Diagram: Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. ***Kotglidning***

Spondylolistes (Istmisk) i ländryggen (SL). M43.0 + M43.1	
Riket	RKC
n = 383	n = 56
FU: 75%	FU: 84%
NRS Ryggsmärta: Preop 6,4 – FU 3,2	NRS Ryggsmärta: Preop 5,8 – FU 3,2
GA minskad ryggsmärta: 64%	GA minskad ryggsmärta: 72%
Nöjdhet: 74%	Nöjdhet: 72%
EQ5D Livskvalitet: Preop 0,36 – FU 0,69	EQ5D Livskvalitet: Preop 0,45 – FU 0,73
ODI Funktion: Preop 40,6 – FU 19,8	ODI Funktion: Preop 37,4 – 16,6

Tabell: ***Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data kotglidning i ländryggen.***

1 årsuppföljning 2024.

Tabelldata förklaring Kotglidning

Vid RKC ses en **tydlig minskning av ryggsmärta**, där NRS ryggsmärta minskade från 5,8 preoperativt till 3,2 vid uppföljning, vilket är i nivå med riket (6,4 till 3,2). Andelen patienter som upplevde en kliniskt relevant förbättring av ryggsmärta (GA) var högre vid RKC (72 %) jämfört med riket (64 %). **Patientnöjdheten** var jämförbar mellan RKC (72 %) och riket (74 %). Förbättringen i **livskvalitet (EQ-5D)** var något större vid RKC, med en ökning från 0,45 till 0,73, jämfört med 0,36 till 0,69 i riket. Även **funktionsförmågan (ODI)** förbättrades i större utsträckning vid RKC, där poängen minskade från 37,4 till 16,6, jämfört med 40,6 till 19,8 i riket.

Sammantaget visar resultaten att RKC uppnår **goda smärt- och funktionsresultat samt hög livskvalitet** för patienter opererade för istmisk spondylolistes.

SRS ländryggsmärta

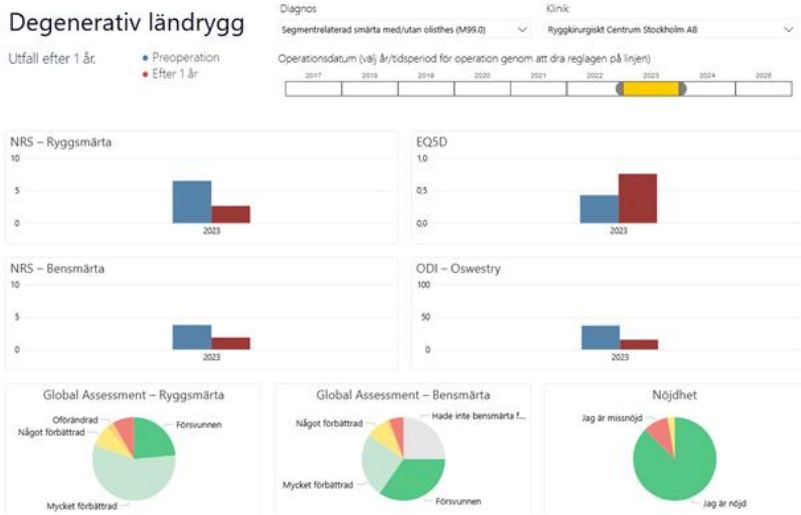


Diagram: ***Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. SRS.***

Ländryggssmärta – SRS. M99.0	
Riket	RKC
n = 692	n = 112
FU: 63%	FU: 64%
NRS Ryggsmärta: Preop = 6,8 – FU =3,2	NRS Ryggsmärta: Preop = 6,5 – FU = 2,7
GA minskad ryggsmärta: 71%	GA minskad ryggsmärta: 81%
Nöjdhet: 78%	Nöjdhet: 88%
EQ5D Livskvalitet: Preop 0,34 – FU 0,72	EQ5D Livskvalitet: Preop 0,43 – FU 0,76
ODI Funktion: Preop 41 – FU 19	ODI Funktion: Preop 37 – FU 15

Tabell: ***Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data SRS i ländryggen.***

1 årsuppföljning 2024.

Tabellförklaring SRS

Vid RKC ses en **större minskning av ryggsmärta** jämfört med riket, där NRS ryggsmärta minskade från 6,5 preoperativt till 2,7 vid uppföljning, jämfört med 6,8 till 3,2 i riket. Andelen patienter som upplevde en kliniskt relevant förbättring av ryggsmärta (GA) var avsevärt högre vid RKC (81 %) än i riket (71 %).

Patientnöjdheten var markant högre vid RKC (88 %) jämfört med riksgenomsnittet (78 %). Förbättringen i **livskvalitet (EQ-5D)** var tydlig, med en ökning från 0,43 till 0,76 vid RKC, jämfört med 0,34 till 0,72 i riket. Även **funktionsförmågan (ODI)** förbättrades i större utsträckning vid RKC, där poängen minskade från 37 till 15, jämfört med 41 till 19 i riket.

Sammantaget visar resultaten att RKC uppnår **mycket god smärtlindring, förbättrad funktion och hög patientnöjdhet** för patienter opererade för ländryggssmärta.

Diskbråck halsrygg (Cervikalt diskbråck)

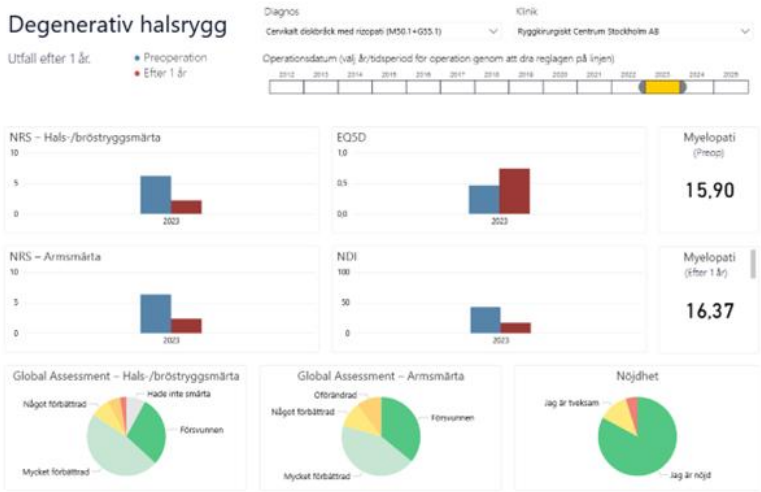


Diagram: ***Ej justerat för case mix. Resultat QPI Swespine data RKC 1 års uppföljning. Diskbråck halsrygg***

Cervikalt diskbråck med rizopati (CDH). M50.1 + G55.1	
Riket	RKC
n = 581	n = 73
FU: 68%	FU: 58%
NRS Armsmärta: Preop 6,2 – FU 3,0	NRS Armsmärta: Preop 6,3 – FU 2,4
GA minskad armsmärta: 65%	GA minskad armsmärta: 80%
Nöjdhet: 76%	Nöjdhet: 83%
EQ5D Livskvalitet: Preop 0,40 – FU 0,69	EQ5D Livskvalitet: Preop 0,46 – FU 0,74
NDI Funktion: Preop 44,9 – FU 22,9	NDI Funktion: Preop 42,6 – FU 17,1

Tabell: ***Nöjdhet och minskad bensmärta justerade data diskbråck i halsryggen***

1 årsuppföljning 2024.

Tabellförklaring diskbråck i halsryggen

Vid RKC ses en **större minskning av armsmärta** jämfört med riket, där NRS armsmärta minskade från 6,3 preoperativt till 2,4 vid uppföljning, jämfört med 6,2 till 3,0 i riket. Andelen patienter som upplevde en kliniskt relevant förbättring av armsmärta (GA) var avsevärt högre vid RKC (80 %) än i riket (65 %).

Patientnöjdheten var högre vid RKC (83 %) jämfört med riksgenomsnittet (76 %). Förbättringen i **livskvalitet (EQ-5D)** var tydlig, med en ökning från 0,46 till 0,74 vid RKC, jämfört med 0,40 till 0,69 i riket. Även **funktionsförmågan mätt med NDI** förbättrades i större utsträckning vid RKC, där poängen minskade från 42,6 till 17,1, jämfört med 44,9 till 22,9 i riket.

Sammantaget visar resultaten att RKC uppnår **mycket god smärtlindring, förbättrad funktion och hög patientnöjdhet** för patienter opererade för cervikalt diskbråck med radikulopati.

5.2 Internrevision

Sammanfattning – Intern revision i Miljö-och kvalitet

Internrevision (med genomförda åtgärder)

Internrevisionen omfattade de reviderade processerna **ledning** och **mottagning**. Intervjuer genomfördes med Martin Skeppholm (VD), Helene Disinger (Kvalitetsansvarig), Fiona Jamieson (miljöombud) och Amanda Westerlund (enhetschef).

Resultat och positiva iakttagelser
Revisionen resulterade i **2 avvikelser, 1 OBS! samt 7 förbättringsförslag**. Revisor bedömer att RKC har ett mycket gediget och välfungerande ledningssystem som är väl integrerat i verksamheten. Detta återspeglas bland annat i verksamhetens resultat- och uppföljningsrapporter. Med fokus på ledningens ansvar framhålls ett mycket stort engagemang, tydligt driv och hög kompetens inom ledningsarbetet.

Identifierade förbättringsområden och vidtagna åtgärder
Revisionen pekade på behov av tydligare prioritering och struktur i användningen av olika verktyg och system för att minska risken för informationsöverflöd. Som en del i detta utvecklingsarbete har **SWOT-analys nu integrerats direkt i ledningssystemet**, vilket ersätter tidigare hantering i separata Word-dokument och skapar bättre tillgänglighet, spårbarhet och kontinuitet.

Vidare har **befogenheter och ansvar tydliggjorts och lagts in i enhetschefernas arbetsbeskrivningar**, vilket stärker rollklarhet, beslutsvägar och ledningsstruktur.

Revisionen lyfte även vikten av fortsatt utveckling av medarbetarskap, strukturerade utvecklingssamtal samt behovet av att frigöra mer tid för strategiskt arbete inom ledningen. Dessa utvecklingsområden kvarstår som en del av verksamhetens pågående förbättringsarbete.

Revisorns reflektioner framfördes inte som kritik utan som konstruktiva utvecklingsförslag, med beaktande av att verksamheten redan har ett moget och välfungerande ledningssystem.

5.3 Externrevision

Sammanfattning – Extern revision kvalitet och miljö

Den externa revisionen genomfördes som en **uppföljande revision 1** och utfördes enligt plan. Revisionen visar att RKC har ett **synnerligen väl genomarbetat och moget ledningssystem**. Ambitionsnivån inom både kvalitets- och miljöarbetet bedöms som hög, med ett tydligt riskmedvetande och med **patientsäkerheten i fokus**.

Ledningens engagemang är tydligt och genomsyrar hela verksamheten. Policys är i linje med standardkrav och de strategiska övergripande målen är väl kopplade till dessa. Verksamheten har en tydlig struktur med underliggande **KPI: er för uppföljning och styrning**. Interna och externa påverkansfaktorer är identifierade, analyserade och omsatta i konkreta aktiviteter. Även intressenter och deras krav är kartlagda och följs upp löpande.

Ledningssystemet bedöms som **levande, effektivt och väl anpassat till verksamhetens behov**, med god förmåga att hantera relevanta krav och uppnå avsedda resultat. Dokumentstyrningen beskrivs som föredömlig och en tydlig ordning och reda präglar verksamheten. Förbättringsarbete och avvikelsehantering sker systematiskt och metodiskt.

Miljöprestandan bedöms som god, med ett uttalat fokus på att minimera verksamhetens egen miljöpåverkan. Ledningens genomgång genomförs strukturerat och bidrar både till kontroll av ledningssystemets duglighet och till identifiering av prestandahöjande åtgärder. Interna revisioner genomförs i enlighet med standardkrav och observationer hanteras systematiskt.

Revisionen identifierade **inga avvikelser eller överträdelser** gällande användning av certifikatsmärken. Certifikatens verksamhetsbeskrivning bedöms som korrekt och relevant. Verksamheten **rekommenderas till fortsatt certifiering**.

6 MÅL, STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Korta och långsiktiga mål

Kvalitet och patientsäkerhetsförbättringar 2026

Bedömningen är att fortsatt arbete med de största vårdskadeområdena är nödvändigt men att fokus behöver öka på "Säker Vård" i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Verksamhetsmål 2026

Övergripande mål

Bästa ryggkirurgiska klinik

Mål: Vara den bästa ryggkirurgiska kliniken genom korta väntetider, gott bemötande och säker kirurgi.

Syfte: Erbjuda högkvalitativ vård med fokus på patientupplevelse, tillgänglighet och säkerhet genom hela vårdkedjan.

Bästa och mest effektiva arbetsplatsen

Mål: Skapa den bästa och mest effektiva arbetsplatsen med nöjda medarbetare och optimalt resursutnyttjande.

Syfte: Stärka arbetsmiljön, öka engagemanget och skapa hållbara förutsättningar för långsiktig verksamhetsutveckling.

Ekonomisk stabilitet

Mål: Arbeta för ökade intäkter i kombination med god kostnadskontroll.

Syfte: Säkerställa ekonomisk stabilitet och handlingsutrymme för fortsatt utveckling av verksamheten.

Medicinteknisk utrustning (MTA)

Ny Narkosutrustning – G-huset

Mål: Anskaffa ny narkosapparat till G-huset med anledning av frekventa reparationer och servicebehov på befintlig utrustning.

Syfte: Säkerställa driftsäker utrustning, minska avbrott och skapa stabila förutsättningar för operationsverksamheten.

Servicekoncept och resursplanering

Mål:
Bibehålla samma servicekoncept från Metesa (MTA) inför 2026 och justera planeringen genom en jämnare fördelning av resursdagar över året.

Syfte:
Förbättra framförhållning, tillgänglighet och planeringsförutsättningar i verksamheten.

Navigationsutrustning

Mål: Utveckla användningen av navigationsutrustning vid operationer som kräver navigering samt öka andelen navigerade ingrepp i större utsträckning.

Syfte: Förbättra operationsflöden, effektivitet och precision vid komplexa ingrepp.

Produktion och volymmål

Operationer

Mål: Öka antalet genomförda operationer till **2 243** under 2026.

Syfte: Möta ökad efterfrågan, förbättra tillgängligheten och nyttja verksamhetens kapacitet effektivt.

Produktion och utveckling av kirurgiska metoder

Endoskopisk kirurgi

Mål: Öka antalet endoskopiska ingrepp som en del av verksamhetens kirurgiska utbud.

Syfte: Utveckla och bredda användningen av mindre invasiva kirurgiska metoder för att minska vävnadstrauma, påskynda återhämtning och skapa effektivare vårdprocesser för patienterna.

Mottagningsbesök och interventioner

Mål:

Genomföra >**11 000 mottagningsbesök**

Öka antalet rotblockader till **853**

Syfte: Stärka tillgängligheten till specialistvård och erbjuda effektiva behandlingsalternativ för patienterna.

Register och uppföljning

Kvalitetsregistret Swespine och PAR (patientregistret Socialstyrelsen)

Mål:

Förbättra registrering och uppföljning i Swespine, inklusive 1-årsuppföljning via SMS i FRISQ och Swespine

Uppnå **100 % rapporterade operationer** till PAR

Syfte: Säkerställa hög kvalitet i uppföljning, statistik och nationell rapportering samt skapa underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Optimerad operationsplanering

Samarbete och resursutnyttjande

Mål: Optimera operationsplaneringen genom stärkt samarbete mellan kirurger, koordinatorer, operation och anestesi.

Syfte: Förbättra planering, kommunikation och effektivitet i operationsverksamheten.

Delmål:

Tydliggöra och följa upp koordinatorernas mandat

Utnyttja salstid mer effektivt

Möjliggöra tre fusioner på sal 1 vissa dagar med två kirurger

Förbättra tidsoptimering baserat på data

Öka antalet dagar med fyra operationer på G-huset

Patientsäkerhet och arbetsmiljö

HSE- och HME-enkäter

Mål: Genomföra årliga HSE- och HME-enkäter för att identifiera utvecklingsområden inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Syfte: Skapa en säker, hälsosam och hållbar arbetsmiljö samt använda resultaten som underlag för förbättringsåtgärder i verksamheten.

Informationssäkerhet och IT – 2026

Riskanalys inom informationssäkerhet

Mål: Genomföra en strukturerad och återkommande riskanalys inom informationssäkerhet för att identifiera potentiella säkerhetshot mot IT-system och datahantering. Arbetet ska omfatta kartläggning av sårbarheter samt planering och genomförande av riskreducerande åtgärder.

Syfte: Syftet är att systematiskt identifiera, bedöma och hantera informationssäkerhetsrisker innan de påverkar verksamheten. Genom regelbundna riskanalyser säkerställs att informationssäkerhetsarbetet är väl förankrat i organisationen, i linje med gällande krav såsom NIS2 samt att verksamhetens IT-miljö, data och känslig information skyddas mot hot, intrång och störningar.

Informationssäkerhet och NIS2

Mål: Stärka verksamhetens informationssäkerhetsarbete i linje med kraven i NIS2-direktivet.
Syfte: Minska risken för informations- och IT-incidenter samt säkerställa en robust och motståndskraftig verksamhet med fokus på patient- och informationssäkerhet.

Cybersäkerhetskollen

Mål: Genomföra Cybersäkerhetskollen som en del av uppföljningen av verksamhetens IT- och informationssäkerhetsnivå.
Syfte: Identifiera förbättringsområden och skapa underlag för prioriterade säkerhetshöjande åtgärder.

Utbildning inom informationssäkerhet, NIS2 och AI

Mål: Genomföra utbildningsinsatser för både personal och ledning inom informationssäkerhet, NIS2, cybersäkerhet och användning av AI.
Syfte: Höja kunskapsnivån i organisationen, öka medvetenheten kring risker och ansvar samt stärka ett säkert och ansvarsfullt arbetssätt i en alltmer digital verksamhet.

Enhetsmål

Operation

Flöde och effektivitet – G-huset

Mål: Fortsatt säkerställa ett välfungerande och effektivt flöde i operationsverksamheten i G-huset.
Syfte: Skapa goda förutsättningar för patientsäker vård, effektiv resursanvändning och en hållbar arbetsmiljö.

UVA – optimering av utrymme

Mål: Optimera utrymmet på UVA genom att i ökad utsträckning använda vilstolar i stället för sängar.
Syfte: Förbättra patientflödet, öka flexibiliteten i verksamheten och effektivisera nyttjandet av tillgängliga ytor.

Endoskopisk verksamhet

Mål: Säkerställa att operationssalarna är väl optimerade för endoskopisk kirurgi, inklusive behovsanalys av narkosutrustning.
Syfte: Stödja en säker och effektiv endoskopisk verksamhet samt säkerställa att teknisk utrustning motsvarar verksamhetens krav.

Sterilverksamhet – arbetsmiljö och utrustning (G-huset)

Mål: Förbättra arbetsmiljön i sterilverksamheten genom förbättrad belysning i diskrum med lampa och förstoringsglas samt utreda behov av större autoklav.
Syfte: Öka ergonomi, kvalitet och säkerhet i sterilprocesserna samt minska belastning för medarbetarna.

Lill-Jans – lokaler och arbetsmiljö

Mål: Se över ventilationen i packrum, sterilförråd och diskrum samt förbättra belysningen med lampa och förstoringsglas.
Syfte: Skapa en säkrare och mer hållbar arbetsmiljö samt förbättra förutsättningarna för korrekt hantering av sterilt gods.

Akutberedskap och kompetens

Mål: Genomföra scenarioövningar i akuta situationer på båda enheterna, inklusive användning av O-arm.
Syfte: Bibehålla och stärka kompetens inom akuta situationer samt säkerställa att nyanställda får nödvändig praktisk kunskap.

Läkemedelshantering och kassation

Mål: Minimera läkemedelskassation genom förbättrad beställningsrutin och översyn av läkemedelsförråd.
Syfte: Minska kostnader, förbättra följsamheten i läkemedelshanteringen och bidra till både patientsäkerhet och miljöarbete.

Delmål:

Begränsa anestesisjuksköterskors beställningar för ökad kontroll och följsamhet.

Utreda möjlighet att använda svagare beredning av noradrenalin för att minska behovet av kostsamma extravaseringsläkemedel.

Se över och uppdatera listan över sällan- och akutläkemedel i samråd med anestesiläkare.

Informationssäkerhet och regelefterlevnad

Mål: Säkerställa att samtliga medarbetare tar ansvar för att hålla sig uppdaterade kring IT-säkerhet, policys och PM.
Syfte: Stärka informationssäkerheten, minska risker och säkerställa följsamhet till gällande rutiner och regelverk.

Strålskydd

Mål: Genomföra ett uppsamlingsheat med utbildning inom strålskydd. Gäller samtliga medarbetare på operation.

Syfte: Säkerställa att samtliga relevanta medarbetare är informerade och utbildade om strålskyddsnormer. Genom att erbjuda en uppsamlingsutbildning vill vi garantera att alla har nödvändig kunskap och kompetens.

Vårdavdelningen

Tydliggörande av medarbetaransvar

Mål: Tydliggöra medarbetaransvar och förväntningar på professionellt förhållningssätt inom vårdavdelningen.

Syfte: Skapa en gemensam grund för samarbete, kommunikation och arbetsmiljö genom uppdaterade värdeord och gemensamma spelregler.

Ökad delaktighet och ansvarstagande

Mål: Öka delaktighet och ansvarstagande i vårdavdelningens arbete och utveckling.

Syfte: Stärka teamkänsla och gemenskap samt skapa engagemang i verksamhetens utveckling och dagliga arbete.

Strukturerad bedömning av mobiliseringssvårigheter och fallrisk

Mål: Identifiera patienter med ökad risk för mobiliseringssvårigheter genom ett mer strukturerat arbetssätt.

Syfte: Skapa bättre förutsättningar för tidig planering, anpassade insatser och ett mer enhetligt arbetssätt på vårdavdelningen.

Utvecklad sårvård och samverkan med operationsverksamheten

Mål: Vidareutveckla sårvårdsgruppens arbete och förbättra samarbetet med operationsverksamheten kring postoperativa sår och blödningsproblematik.

Syfte: Förbättra arbetsflöden, minska behov av extra åtgärder på vårdavdelningen och stärka

samverkan mellan enheterna.

Förbättrad kommunikation och informationshantering

Mål: Stärka kunskap och efterlevnad kring kommunikation, informationshantering och datasäkerhet.

Syfte: Säkerställa att medarbetare tar del av relevant information och utbildningar i rätt tid samt arbetar enligt fastställda rutiner och riktlinjer.

Kompetensutveckling genom utbildningsinsatser

Mål: Använda utbildningslön till varierade och verksamhetsanpassade utbildningsinsatser.

Syfte: Stärka kompetensen i arbetsgruppen och skapa förutsättningar för professionell utveckling anpassad till verksamhetens behov.

Samverkan kring patienter på annan vårdinstans

Mål: Säkerställa god samverkan och tydlig ansvarsfördelning för patienter som vårdas på andra vårdinstanser.

Syfte: Skapa kontinuitet och tydlighet i vårdprocessen samt underlätta samarbetet mellan olika vårdgivare.

Samverkan med postoperativ mottagning

Mål: Upprätthålla en strukturerad och välfungerande dialog med postoperativ mottagning.

Syfte: Säkerställa goda överlämningar, tydlig kommunikation och en trygg introduktion av ny personal i samverkan mellan enheterna.

Mottagningen och Fysioterapienheten

Digital incheckning

Mål: Öka de digitala möjligheterna för incheckning på mottagningen genom att utreda och vid behov införa ett system som motsvarar verksamhetens behov.
Syfte: Minska administrativ belastning och stress för medarbetarna samt skapa förutsättningar för att ta emot fler patienter parallellt.

Telefoni och tillgänglighet

Mål: Fortsatt eftersträva en god telefontillgänglighet med minst 80 % svarsfrekvens på samtliga enheter.
Syfte: Säkerställa god tillgänglighet för patienter och förbättra upplevelsen av kontakt med verksamheten.

Digital gruppvård – fysioterapi

Mål: Se över och vid behov öka andelen digital gruppvård inom fysioterapienheten.
Syfte: Effektivisera vårdinsatser, öka tillgängligheten för patienter och använda resurser på ett mer flexibelt sätt.

Professionellt bemötande

Mål: Fortsatt upprätthålla en hög grad av professionellt bemötande i hela verksamheten.
Syfte: Stärka patienternas förtroende för kliniken och bidra till en god arbetsmiljö.

Digital arbetsmiljö

Mål: Se över den digitala arbetsmiljön med fokus på struktur, användarvänlighet och integration mellan system.
Syfte: Skapa en mer effektiv och hållbar digital arbetsmiljö som minskar dubbelarbete och frustration hos medarbetarna.

Värdegrund – TRON

Mål: Arbeta mer aktivt med att implementera och förankra värdeorden TRON i det dagliga arbetet.
Syfte: Stärka samarbete, arbetsmiljö och gemensam kultur inom verksamheten.

Postoperativ verksamhet (POST OP)

Tillgänglighet och resursförstärkning

Mål: Eftersträva en hög tillgänglighet inom POST OP genom att utöka tjänsten med 40 % samt uppnå en telefontillgänglighet på minst 80 %.
Syfte: Säkerställa god uppföljning efter operation, förbättra patienttryggheten och avlasta övriga delar av verksamheten.

Strukturerat arbetssätt för komplexa patienter

Mål: Införa ett strukturerat arbetssätt för att identifiera och kalla patienter med långdragna besvär samt risk för eller pågående läkemedelsmissbruk till teambesök.
Syfte: Förbättra patienternas omhändertagande samt stärka arbetsmiljön genom ett tvärprofessionellt angreppssätt för en patientgrupp med komplexa behov.

Fysioterapienheten

Patientcentrerad vård och kompetensutveckling

Mål: Fortsätta bedriva en god patientcentrerad vård genom ökade interna utbildningsinsatser, bland annat inom CFT samt regelbundna interna fallgenomgångar minst en gång per månad.
Syfte: Bibehålla hög kvalitet i vården, stärka medarbetarnas kompetens och öka patienternas nöjdhet.

Inskrivningen

Effektivisering av flöden

Mål: Anpassa och maximera kapaciteten för inskrivning till ett fast antal dagar som motsvarar verksamhetens behov samt följa upp och mäta utfallet av bokade besök.
Syfte: Effektivisera patientflödet och frigöra tid för medarbetarnas övriga arbetsuppgifter.

Koordinering

Mandat och operationsplanering

Mål: Följa upp och vidareutveckla arbetet med att tydliggöra koordinatorernas mandat för bokning och planering av operationer.

Syfte: Optimera operationsschemat och förbättra planeringen av planerade ingrepp.

Försäkringskoordinering

Tillgänglighet och samverkan

Mål: Fortsatt följa behovet av försäkringsadministrativa resurser samt skapa ett årshjul med planerade aktiviteter för att öka synligheten gentemot försäkringsbolag.
Syfte: Säkerställa god tillgänglighet, effektiv handläggning och stärka samarbetet med försäkringsbolag.

Verksamhetsplan KPI 2026

Områden, mål, indikatorer/egenkontroller för ökad patientsäkerhet, uppföljning i nästa års kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2026

Övergripande mål och indikatorer för kvalitetsförbättring:

Kvalitetsmål: Förbättrad patientkommunikation

- Indikator/Egenkontroller: Inkommande samtal klarmarkerade rapporter
- Öka tillgänglighet Tele Q och 1177

Mäta Kundnöjdhet: NPS Vårdavdelning och operation FRISQ månadsrapport

- NPS mottagning key for care
- NPS FRISQ
- NPS försäkringspatienter via Kura link
- NPS rehabilitering RKC FRISQ, månadsrapport

Nationella kvalitetsregister (Swespine)

- Antal registrerade operationer och antal svar på ett årsuppföljning i %
- Minskad bensmärta
- Minskad armsmärta
- Minskad ryggsmärta
- Nöjdhet

Uppföljning uppvakningsavdelning (UVA)

- Minska postoperativt illamående/kräkning (PONV)
    - PONV i Kliniken
- Urintappningar i Kliniken
    - Antal i kliniken
- Antal såromläggningar på UVA
    - Antal i kliniken
- Mobiliserade patienter på UVA
    - Antal i Kliniken
- Minska postoperativ smärta
    - NRS Kliniken
- Utvärdera smärtregim postoperativt
    - NRS i FRISQ 7 dagar postoperativt, 20 dagar postoperativt

Egenkontroller 2026

Egenkontroller genomförs enligt fastställda intervall som en del av verksamhetens systematiska kvalitets-, patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete. Syftet är att följa upp följsamhet till rutiner, identifiera risker och säkerställa en hög och säker vårdkvalitet.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Frekvens: Rapporteras 4 gånger per år (kvartalsvis)

Följa, mäta och registrera förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI)

Punktprevalensmätning VRI (PPM VRI)

Uppföljning omfattar:

Sepsis

Reoperationer/återinläggningar relaterade till infektion

Urinvägsinfektion (UVI)

Ytlig postoperativ infektion

Djup postoperativ infektion

Pneumoni

Fall och patientsäkerhet

Frekvens: Rapporteras 4 gånger per år (kvartalsvis)

Uppföljning av förekomst av fallolyckor

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Frekvens: 4 gånger per år (kvartalsvis)

Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätning BHK (PPM BHK)

Genomförs inom:

Operation

Vårdavdelning

Preoperativ riskbedömning

Frekvens: Rapporteras 1 gång per år

Uppföljning av antal patienter opererade med ASA-klass 1–3

Uppföljning av att inga planerade operationer genomförs på patienter med ASA-klass 4

Städning och hygienisk standard

Frekvens:

Operation: 4 gånger per år

Vårdavdelning: 2 gånger per år

Utföra städkontroller med optiska mätinstrument (ATP-mätningar)

Arbetsmiljö

Frekvens: 2 gånger per år

Utföra skyddsrond med fokus på följsamhet till det systematiska arbetsmiljöarbetet

Uppföljning

Resultaten från egenkontrollerna analyseras, dokumenteras och återkopplas i verksamheten. Identifierade avvikelser eller risker ligger till grund för förbättringsåtgärder och uppföljning.

Avvikelser:

Mäta, analysera och registrera antalet ärenden/Avvikelser

- Antal Händelseanalyser
- Antal LÖF ärenden
- Antal individuella ärenden från Patientnämnden
- Antal IVO ärenden
- Antal avvikelser
- Antal medicinska strykningar
- Antal Riskanalyser

Mäta analysera och registrera per- och postoperativa komplikationer och data under vårdtiden

- 500ml blödning peroperativt
- Antal Blåsöverfyllnad slutenvård
- Antal Tappningar postoperativt
- Reoperation samma vårdtillfälle
- Postoperativt illamående på UVA

Mäta, analysera och registrera postoperativa komplikationer

- Ingen Stroke
- Ingen Lungembolie
- Ingen DVT
- Ingen Hjärtinfarkt

Läkemedel:

- Aktivt arbeta för att minska mängden miljöskadliga läkemedel
- Mängden läkemedel som förskrivits postoperativt som är miljöbelastande
- Minska förskrivning av antibiotika och smärtstillande läkemedel
- DDD Dygnsdoser beroendeframkallande/smärtstillande läkemedel förskrivna
- DDD antibiotika primära 3 typerna förskrivna på RKC
- Andelen uthämtade recept på antibiotika postoperativt
- Totala Andelen DDD antibiotika förskrivna
- Mäta Anestesigas förbrukning/operation

- Följa upp mängden och försöka minska utsläpp av anestesigaser enligt miljömål från Regionen
- Årlig läkemedelsrevision
- Årlig läkemedelsgenomgång med Apoteket

Produktionsmål:

Mottagning

- Totalt antal mottagningsbesök varav nybesök
- Antal fysiska besök postoperativa sjuksköterskemottagningen
- Antal nervrotsblockader

Operation

- Antal operationer
- Medelvårdtid UVA

Vårdavdelning

- Antalet omläggningar Postoperativ sjuksköterskemottagning
- Antalet telefonbokningar postopmottagningen
- Medelvårdtid dygn